

دكتور محمد حسن غانم

# العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين



مكتبة الأنجلو المصرية



# العلاج والتأهيل النفسى والاجتماعى للمدمنين

(مع دراسة عن الانتكاسة : الأسباب - العلاج - الوقاية)

دكتور

**محمد حسن غانم**

معالج نفسى

وأستاذ علم النفس المساعد

كلية الآداب - جامعة حلوان

الناشر

مكتبة الأنجلو المصرية

١٦٥ شارع محمد فريد - القاهرة

اسم الكتاب : العلاج والتأهيل النفسى والاجتماعى للمدمنين

اسم المؤلف : د. محمد حسن غانم

اسم الناشر: مكتبة الأنجلو المصرية

اسم الطابع: مطبعة محمد عبد الكريم حسان

رقم الإيداع : ٣٥٧٣ / ٢٠٠٥

الترقيم الدولي : 5 - 2120 - 05 - 977 I.S.B.N



الأهداء

إلى الأستاذ الدكتور/ معتز سيد عبد الله  
أستاذ علم النفس - كلية الآداب - جامعة القاهرة

حبا وتقديراً وعرفانا واحتراماً



#### مفتتح الدراسة :

قال أديب فرنسا الكبير فيكتور هوجو: « في الوقت الذي نبني فيه مدرسة فإننا نمنع طفلاً من الانحراف » ، وعلى نفس المنوال نقول: « في الوقت الذي نبني فيه مستشفى متخصصة لعلاج وتأهيل المدمنين فإننا نمنع شروراً وكوارث قد تطيح بأمن وأمان الجميع ».



## مقدمة

كثرت في السنوات الاخيرة الكثير من البحوث والدراسات التي تحاول سبر أغوار المدمن والوقوف علي دينامياته، ودوافع التعاطي والاستمرار فيه. بل الوصول إلى وجود علاقة ما بين البناء النفسي للشخص وطبيعة المخدر (المفضل) بالنسبة له . وهي جهود لا نستطيع أبداً أن نقال من قيمتها...ذلك لأن الفهم هو الأساس والمنطلق الذي يجب أن نطلق منه.

لكن الملاحظ أيضاً هو قلة ونُدرة الدراسات التي اهتمت بشأن العلاج والتأهيل النفسي الاجتماعي لمدمني المخدرات . إذ من غير المعقول أن نظل ندور في حلقة (دراسة نفسية للمدمن) دون أن نقدم على خطوة وماذا بعد..لقد أذعن الفرد..وهذا هو الواقع الذي يجب أن نعترف به..فكيف نتصرف إزاء معطيات هذا الواقع؟

والحقيقة أن سيادة مفهوم التدخل الطبي أو الفارماكولوجي للتعامل مع الإدمان لا يفيد؛ خاصة وأنه مرحلة أولية يجب أن يتبناها خطوات ، وأن الاقتصار على التدخل الطبي و(إنقاذ) المدمن من (جحيم الأعراض الانسحابية) التي يتعرض لها المدمن نتيجة لتوقفه عن التعاطي إنما هي مرحلة يتم من خلالها التعامل مع الأعراض ..وتقليل الإحساس بها .. وتظل المشكلة الأساسية في كيفية التعامل مع (الهاجس الفكرى والوجداني، والقلق والشوق إلى معاودة التعاطي مرة أخرى وتحت شعارات كثيرة يرددھا المدمن لنفسه من قبيل:

- أنا قوی أمام المخدر
- جرعة قليلة لن تؤثر
- أريد ان أجرب إرادتي في التعاطي مرة أخرى ثم أتوقف .
- جرعة قليلة لن تهدم أركان الكون فوق رأسي
- أو :
- أنا ضعيف أمام المخدر
- المخدر قدير الذي لا مفر من صداقته
- أعرف أنني سأجد حثفي على يد المخدر ، ورغم ذلك فشلت كل محاولات للهروب منه
- لا يعرف قيمة المخدر (أو الشوق) إلا من كابده (أى خيره وتعاطاه)

.. وهكذا يعاود الشخص الانتكاس مرة أخرى. وبالمأساة الانتكاس Relapse جزء أساسي في منظومة حياة المدمن، ويجب أيضا أن يكون جزءا أساسيا في برنامج التأهيل والعلاج لأي مدمن.. ذلك لأن الإدمان يكسب الشخص عديداً من العادات والاتجاهات التي اقترنت بالإدمان.. وأن العلاج الطويل إذا كان يستغرق عشرة أيام أو أكثر فإن العلاج النفسي والتأهيلي (بمختلف صوره ومحاوره ومجالاته) يستمر فترة على الأقل تقترب من العام وربما تزيد؛ ولذا تؤكد الدراسات الجادة التي تناولت التأهيل أن مكانه لا بد أن يكون في الصحراء.. حتى تشكل أو تعيد تشكيل الشخص من جديد.. خاصة وأن الدراسات قد أثبتت أيضا أن الإدمان إذا كان يعد اضطرابا، فإن وراءه مجموعة كبيرة من الاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، التي تغذي وتسانده وتدعمه.. ومن أجل ذلك فإن العلاج والتأهيل لمدمن المخدرات يفتح الباب علي مصراعيه لكافة التيارات والاتجاهات بل والاجتهادات لتقديم المساندة والمساعدة لكي يحيا الشخص (الذي كان مدمنًا) حياة نظيفة بلا إدمان.. وبلا أي سلوكيات ترتبط في ذهنه أو في اتجاهاته بالإدمان.

ورغم أهمية موضوع العلاج والتأهيل، فإن الدراسات التي تناولت هذا الجانب الهام والأساسي جد قليلة.. وهذا ماحداً بالباحث إلى تناول مثل هذا الأمر إذ أردنا كمعالجين أو كمسؤولين أن نواجه حقيقة وجود علاج وتأهيل نفسي واجتماعي حقيقي لأي شخص يقع في دائرة الإدمان؛ خاصة وأنها نعلم أن العلاج والتأهيل لمدمن المخدرات هو حق يجب أن توفره الدولة للمدمنين.. هذا الحق قد كفله القانون وعديد من الاتفاقيات الدولية أمام المجتمع الدولي إستراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة التعاطي والإدمان في مصر ( التقرير النهائي، ١٩٩٢، ٢١١-٢١٣ ).

وفي هذا الاطار حاولنا في الجزء الأول تقديم ستة فصول : حيث تناولنا في :

الفصل الأول: مدخل إلى العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي: من خلال التعرف واقع أبحاث الإدمان وقضاياها سواء على المستوى العالمي أو في العالم العربي أو في مصر، وأيضا تناول الحديث في عجالة الواقع العلاجي والتأهيلي في مصر والبلاد العربية.

وفي الفصل الثاني: تناولنا المفاهيم المرتبطة بالدراسة حتى يكون واضحا - ومنذ البداية- تحديدنا للمفاهيم المستخدمة.

وفي الفصل الثالث: تناولنا الاجتهادات المختلفة في العلاج والتأهيل النفسي

والاجتماعي لمدمني المخدرات ، من خلال التعرض لنظرية التحليل النفسي وما يمكن أن تساهم به في علاج الإدمان، ثم النظرية السلوكية-بمختلف توجهاتها-وما يمكن ان تقدمه في مجال العلاج والتأهيل لمدمني المخدرات.

وفي الفصل الرابع: خصصناه للحديث عن قضايا واستشكالات في علاج الإدمان، حيث تناولنا عناصر الموقف العلاجي، ثم المحاور الخاصة بعلاج الإدمان، ثم تحدثنا عن الفريق العلاجي ، الذي سيتم من خلاله للتعامل مع مدمن المخدرات ومحددین-في عجالة-الدور المنوط بكل عضو، ثم تحدثنا عن المدمن المنتكس، وكيفية التعامل مع المدمن المنتكس .

والفصل الخامس خصصناه عن العلاجات النفسية التي تقدم للمدمن سواء تلك العلاجات النفسية الفردية أم الجماعية أم للتدريب على ارجاع موجات المخ أو العلاج بالإبر الصينية ، وأخيراً تناولنا بالعرض للدراسات العربية- في حدود علمنا-والتي تناولت علاج الإدمان.

وفي الفصل السادس: تناولنا للتأهيل النفسي والاجتماعي لمدمني المخدرات، من خلال تقديم لما نقصده بالتأهيل وما يرتبط به من مفاهيم، ثم مبادئ التأهيل، ومحاوره، وتساولاته أو أهدافه الاستراتيجية والتكتيكية، ومكان التأهيل، ودور أخصائي التأهيل وخطوات التأهيل الاجتماعي، والجهود العربية في مجال التأهيل سواء في مصر أو البلاد العربية، وأخيراً قدمنا وجهة نظر في تأهيل مدمني المخدرات، من خلال خبرة الباحث في مجال العلاج والتأهيل لمدمني المخدرات.

ومازال الباب مفتوحاً لمزيد من الآراء والاجتهادات من أجل النهوض بمصرنا ووطننا العربي الحبيب

وفي الجزء الثاني تناولنا بالدراسة الانتكاسة من حيث : التعرف - الأسباب - المظاهر والأعراض وأخيراً للعلاج والوقاية .

ولله من وراء القصد .

د.محمد حسن غانم





الجزء الأول

**العلاج والتأهيل النفسى  
والاجتماعى للمدمنين**



## الفهرس

### أولاً : الجزء الأول

الصفحات

١٩

#### الفصل الأول

#### مدخل إلى العلاج والتأهيل النفسى والاجتماعى لمدمنى المخدرات

- \* واقع أبحاث الإدمان وقضاياه على المستوى العالمى ..... ٢٢
- \* واقع أبحاث الإدمان وقضاياه فى العالم العربى ..... ٢٣
- \* واقع أبحاث الإدمان وقضاياه فى مصر ..... ٢٣
- \* الواقع العلاجى فى مصر ..... ٢٧
- \* الواقع العلاجى والتأهيل فى البلاد العربية ..... ٢٩
- \* أهمية دراسة العلاج والتأهيل النفسى والاجتماعى لمدمنى المخدرات ..... ٣٠

٣١

#### الفصل الثانى

#### مدخل إلى تعريف العلاج والتأهيل وما يرتبط بهما من مفاهيم

- الإدمان ..... ٣٣
- المواد المخدرة ..... ٣٥
- الاشتياق ..... ٣٦
- الحمل ..... ٣٧
- الانتكاس ..... ٣٧
- الدافعية ..... ٣٩

- ٤٠ ..... -الملاج .  
٤٢ ..... -التأهيل .

#### ٤٥ ..... الفصل الثالث

### بعض الاجتهادات المختلفة في العلاج والتأهيل النفسى والاجتماعى لمدمني المخدرات

- ٤٧ ..... - نظرية التحليل النفسى وعلاج الإدمان .....  
٦١ ..... \*مزايا النظرية .  
٦١ ..... \*عيوب النظرية .  
٦٢ ..... - النظرية للسلوكية وعلاج الإدمان .....  
٦٣ ..... \* نماذج من الفتيات السلوكية وعلاج الإدمان .....  
٦٨ ..... \*مزايا العلاج السلوكي .  
٦٩ ..... \* عيوب العلاج السلوكي .

#### ٧١ ..... الفصل الرابع

### قضايا واستشكالات فى علاج الإدمان

- ٧٣ ..... \* عناصر الموقف العلاجى:  
٧٣ ..... أ - للمريض / المدمن .  
٧٤ ..... ب - للمعالج .  
٧٦ ..... ج - طبيعة الثقافة .  
٧٧ ..... \* المحاور الخاصة بعلاج الإدمان .  
..... \* الفريق العلاجى للإدمان .  
٨٦ ..... أ- الطبيب النفسى .  
٨٧ ..... ب- الاخصائى النفسى الاكلينيكي .

- ج-الأخصائى الاجتماعى ..... ٨٧
- د-المُرشد الدينى ..... ٨٨
- هـ- مرشد التعافى ..... ٨٩
- و-مرشد للتأهيل ..... ٨٩
- \* المدمن المنتكس ..... ٩٧
- \* خطة للتعامل مع المدمن المنتكس ..... ٩٨
- \* الأخصائى النفسى وعلاج الإدمان: من البداية إلى النهاية ..... ١٢١

## الفصل الخامس

### العلاجات النفسية للإدمان

- أولاً : العلاج النفسى الفردى ..... ١٢٧
- ثانياً : العلاج النفسى الجمعى ..... ١٤٦
- ثالثاً : التدريب على إرجاع مروجات المخ ..... ١٥٢
- رابعاً : للعلاج بالإبر الصينية ..... ١٦٢
- خامساً : العلاج فى مرحلة إعادة التأهيل ..... ١٦٥
- سادساً : جماعات للمساعدة الذاتية ..... ١٧٣
- \* للدراسات العربية فى مجال علاج الإدمان ..... ١٧٤

## الفصل السادس

### فى التأهيل النفسى والاجتماعى

- \* ما التأهيل ؟ ..... ١٨٩
- \* التأهيل فى مجال ائمان المخدرات ..... ١٩٠
- \* التأهيل النفسى والاجتماعى لمدمنى المخدرات وما يرتبط بهما من مفاهيم ..... ١٩٣

- \* مبادئ التأهيل. .... ١٩٨
- \* المحاور الأساسية لبرامج إعادة التأهيل لمدمنى المخدرات. .... ١٩٨
- \* تساؤلات التأهيل. .... ٢٠٢
- \* الاهداف الاستراتيجية لبرامج التأهيل. .... ٢٠٣
- \* الأهداف التكتيكية لبرامج التأهيل. .... ٢٠٦
- \* مكان التأهيل. .... ٢٠٧
- \* دور أخصائى التأهيل. .... ٢١٠
- \* التأهيل النفسى الاجتماعى من واقع الدراسات الميدانية: ..... ٢١٧
- أ - الجهود العربية فى مجال التأهيل النفسى الاجتماعى. .... ٢١٧
- ب- الجهود الأجنبية فى مجال التأهيل النفسى الاجتماعى. .... ٢١٩
- \* محاور التأهيل النفسى الاجتماعى لمدمنى المخدرات: شهادات واقعية: ..... ٢٢٤
- أ- فى مصر. .... ٢٢٤
- ب- فى البلاد العربية (المملكة العربية السعودية نموذجا) . .... ٢٢٨
- \* وجهة نظر فى التأهيل النفسى الاجتماعى لمدمنى المخدرات. .... ٢٣٠
- \* خاتمة ..... ٢٣٣
- المراجع.
- أولا: المراجع العربية. .... ٢٣٧
- ثانيا: المراجع الأجنبية. .... ٢٤٩

## ثانياً : الجزء الثانى

٢٦٧ ..... مقدمة الدراسة

### الفصل الأول

#### مدخل لفهم الانتكاسة

٢٧٣ ..... مقدمة

٢٧٥ ..... ما الانتكاسة ؟

٢٨١ ..... علامات الإيمان

٢٨٨ ..... العلامات المنذرة بالانتكاسة

### الفصل الثانى

#### المواقف التى تدفع إلى التعاطى والانتكاسة

٣٠٣ ..... مقدمة

٣٠٣ ..... أولاً : حصر لمواقف الانتكاسة من وجهة نظر المعالجين

٣٢٠ ..... ثانياً : حصر لمواقف الانتكاسة من وجهة نظر للمدمنين المتكسين

### الفصل الثالث

#### قضايا في علاج الانتكاسة

٣٢٥ ..... مقدمة

٣٢٦ ..... المدمن للمجهول

٣٢٩ ..... معنى الاعتراف «بأننى مسلوب الإرادة»

٣٣٦ ..... ماذا يعنى الاستسلام أو التسليم من جانب المدمن

٣٤١ ..... برنامج «المدمنون المجهولون فى مصر»

٣٤٢ ..... ديناميات الإيمان المتعدد

- الإدمان واضطرابات الشخصية ..... ٣٤٤  
- موقف أعضاء الفريق العلاجى من الانتكاسة ..... ٣٤٧

#### الفصل الرابع

دراسات ميدانية سابقة فى الانتكاس والعلاج ٣٥١

#### الفصل الخامس

##### كيف نواجه الانتكاسة

- مقدمة ..... ٣٦٩  
- كيف نواجه الانتكاسة ..... ٣٦٩  
- كيف يتعامل المدمن مع الرفض والنبذ ..... ٣٧٧  
- الوصايا العشر التى على المدمن اتباعها قبل أن يتنكس ..... ٣٨٥  
- ماذا نفعل لكى نتغلب على مرض (الإدمان) ..... ٣٨٧  
- اعتراف المدمن: ..... ٣٨٩  
- \* المدمن الأول ..... ٣٨٩  
- \* المدمن الثانى ..... ٣٨٩

#### الفصل السادس

٣٩٥ تمارين للموقاية من الانتكاس

- التمرين الأول : كيف تتعرف للعلامات المنذرة للانتكاسة. .... ٣٩٥  
التمرين الثانى : بيان يومى مفصل بالصفات والخصائص الشخصية. .... ٣٩٧  
التمرين الثالث : فحص ذاتى . .... ٣٩٨  
التمرين الرابع : متى نعرف أنك تجابه شدة ؟ ..... ٤٠٠  
التمرين الخامس : هل تواجه مضغوطاً فى عملك ؟ ..... ٤٠١



- التمرين السادس : أسئلة وأجوبة لمريض لتتكس ، وكان فى فترة التأهيل..... ٤٠٣
- التمرين السابع : التوتر : قائمة بالعلامات والأعراض . ..... ٤٠٥
- التمرين الثامن : ماذا تفعل إذا شعرت بالقلق الشديد ..... ٤٠٩
- التمرين التاسع : الوصايا العشر للتغلب على مصادر للقلق . ..... ٤١٠
- التمرين العاشر : التدريب على فهم الذات . ..... ٤١١
- التمرين الحادى عشر : الفقد المهم جداً فى حياة الإنسان . ..... ٤١٤
- التمرين الثانى عشر : ثلاثية الهاجس الفكرى . ..... ٤١٥
- التمرين الثالث عشر : الانكسار : للتعريف ، للعلامات ، للمواجهة . ..... ٤١٧
- التمرين الرابع عشر : التخطيط للوقاية من الانتكاسة ..... ٤٢٤
- التمرين الخامس عشر : إيمان الكحول والمخدرات : إبقاء الفم فى حالة تجمد . ... ٤٢٦
- التمرين السادس عشر : معاونة للمرضى لفهم أن الانتكاسة عملية إجرائية وليست حادثة . ..... ٤٢٧
- التمرين السابع عشر : موضوعات محددة للمناقشة فى جلسات العلاج النفسى الجماعى..... ٤٢٨
- التمرين الثامن عشر : نحو فهم أفضل للتعافى من مرض الإدمان . ..... ٤٢٩
- التمرين التاسع عشر : استمارة استطلاع رأى للمرضى حول المحاضرات التعليمية ضمن البرنامج اليومى . ..... ٤٤٢

## المراجع

- أولاً : للمراجع العربية ..... ٤٤٧
- ثانياً : للمراجع الأجنبية..... ٤٥٠



## الفصل الأول

### مدخل إلى العلاج والتأهيل النفسى الاجتماعى لمتعاطى المخدرات

- واقع أبحاث الإدمان وقضاياها على المستوى العالمى .
- واقع أبحاث الإدمان وقضاياها فى العالم العربى .
- واقع أبحاث الإدمان وقضاياها فى مصر .
- الواقع العلاجى فى مصر .
- الواقع العلاجى والتأهيل فى البلاد العربية .
- أهمية دراسة العلاج والتأهيل النفسى والاجتماعى لمدمنى المخدرات .



## الفصل الاول

### مدخل إلى العلاج والتأهيل النفسي

### والاجتماعي لتعاطي المخدرات

---

#### مقدمة :

- تعد مشكلة إدمان المخدرات Drug Addiction واحدة من أخطر المشكلات النفسية والاجتماعية التي تواجه غالبية (إن لم يك كل ) المجتمعات للأسباب الآتية:
  - إن مشكلة المخدرات برزت كمشكلة تحلل الصدارة- على الصعيد العالمي- منذ منتصف الستينيات (في القرن الماضي) حتى الآن.
  - وصلت معدلات التعاطي الى ذروتها عبر مسوح وبائية عديدة تمت في عديد من دول العالم.
  - شيرع الظاهرة بين مختلف الطبقات والافات والأعمار.
- ظهور مواد نفسية Psychoactive substance أشد خطورة مثل الهيروين والكوكايين مقارنة بالمواد المخدرة التي كانت منتشرة من قبل.
- اقتران تعاطي المخدرات بعديد من المشكلات والأمراض الصحية الخطيرة ، مثل: التهاب الكبد الوبائي ، ومرض فقدان المناعة المكتسبة أو الإيدز. ولذا فإن إحدى الدراسات البريطانية - على سبيل المثال - قد أظهرت أن من بين مؤشرات نجاح العلاج بداية هو امتناع مدمني الهيروين عن حقن أنفسهم بأدوات سبق استخدامها منعاً باتاً لعدم إصابتهم بفيروس الإيدز (Gossop, et. al., 1982).
- اقتران تعاطي المخدرات بعديد من سوء التوافق النفسي والاجتماعي في إطار البيئة الثقافية التي يعيش فيها الشخص للمدمن. ولاشك أن العلاقة جدلية بين البيئة التي أفرزت هذا (المدمن) ، والظروف الاجتماعية التي تساعد على استمرار هذا (المدمن) ، والنتائج التي ترتبت على إدمانه من خلال تفاقم السلوك الإجرامي، والدخول في مصاصمات مع القانون والسلطة، بالإضافة الى ازدياد المخارم الاقتصادية نتيجة تعاطي المواد

المخدرة ) سواء أكانت هذه المفارم على مستوى دخل المدمن وأسرتة، أم على مستوى النظام الاقتصادى للدولة التى ينتمى إليها هذا المدمن).  
(محمد حسن غانم ، ١٩٩٧) ، (محمد حسن غانم ، ٢٠٠٥) .

واقع أبحاث الإدمان وقضاياها على المستوى العالمى:

إن المتتبع لمؤلفات وأبحاث الإدمان وقضاياها يمكن أن يصنف هذه المجهودات إلى فئات أربع:

١- دراسات وبائية أهتمت بالكشف عن مدى انتشار التعاطى فى مجتمع ما، وشكل توزيع التعاطى بين فئات هذا المجتمع، وحصر للعوامل التى ترتبط بهذه الصورة من الانتشار.

انظر على سبيل المثال :

(Botvin, 1998)

(Meyer,D, et al., 1999, pp:3-46)

٢- دراسات حاولت للكشف عن منشأ Biology سلوك التعاطى ، حيث انصب اهتمام هذه الدراسات بالكشف عن الشخص الذى وقع فى (فخ) التعاطى ، من خلال التركيز على: للعوامل للمهينة للتعاطى مع محاولة حصر هذه العوامل سواء أكانت خاصة بالفرد أم خاصة بالسياق الاجتماعى-الثقافى الذى يتواجد فيه الشخص.

انظر على سبيل المثال:

(Arif & Wester Meyer., 1988)

(Robert.J, et al, 1999, pp: 119-148).

٣ - دراسات ركزت فى الكشف عن الاضطرابات الجسمية والنفسية والمشكلات الاجتماعية التى ترتبت على التعاطى، أو الاستمرار فيه، أو الانتكاس (بعد المرور بخبرة علاج أو توقف) ، وإن هذه الدراسات تبرز حقيقتين:

الاولى: ارتباط الإدمان (فى الغالب الاعم) باضطراب التشخيص المزدوج Doudiagnosis ، حيث يرتبط التعاطى بالاضطراب سواء أكان هذا الاضطراب سابقا على فعل التعاطى، أم مرافقا له، أم مترتبا عليه .

الثاني: إن الشخص لا يستمر في التعاطي بصورة عشوائية بل يكون الاستمرار في التعاطي مرتبطاً بعدد من العوامل داخل الشخص ، وأهمها: أن الشخص يلجأ إلى المخدر كنوع من الدواء أو العلاج الذاتي - Self Medi- cation .

انظر على سبيل المثال:

(Grimes & Swishe, 1989) (Sussman & Dent, 1996)

٤- دراسات أهتمت بالتصدي والتعامل مع مشكلة تعاطي المخدرات ، من خلال ثلاثة محاور:

- الوقاية

- العلاج

- التأهيل

إلا أنها في الغالب دراسات قليلة

انظر على سبيل المثال:

(Christine. et al., 1999) (Miller. et al., 1998)

**واقع أبحاث الإدمان وقضاياه في العالم العربي:**

إن المتتبع لدراسات الإدمان، كما استنتج الباحث من خلال عرض العديد من البحوث والدراسات الميدانية للإدمان في العالم العربي-وتحديدًا تلك الدراسات التي أجريت في منطقة الخليج العربي-سوف يلحظ الآتي:

- الاهتمام بحساب النسب والتكرارات للبيانات الديموجرافية من قبيل:

السن، للتعليم، المهنة، الحالة الاجتماعية .. وهكذا.

- حساب للنسب والتكرارات للأسباب المؤدية أو التي تقود إلى التعاطي .

- أن غالبية الدراسات قد أجريت على المتعاطين المحكوم عليهم، والمودعين داخل السجون.

(محمد حسن غانم ، ١٩٩٦، ص ٨٣-٨٤)

ولذا .. فإن مسألة الاهتمام بمنشأ التعاطي، والعلاقة بين التعاطي والاضطرابات التي يمكن أن تترتب على ذلك، وكذا برامج الوقاية، والبرامج العلاجية والتأهيلية محدودة ، كما نجد الدراسات الميدانية التي اهتمت بمثل هذه الأمور في العالم العربي قليلة إن لم تكن معدومة .

### واقع أبحاث الإدمان وقضاياها في مصر:

فى دراسة للباحث حول «إسهام البحوث المصرية فى دراسة الإدمان-دراسة فى تحليل المضمون للبحوث الميدانية من عام ١٩٦٠ حتى ١٩٩٧، وجد عديد من المؤشرات حول كثير من القضايا التى أثارها الدراسات الميدانية ، مثل:

- قضية أسباب ودوافع الإدمان.
  - قضية المواد المخدرة: أنواعها وأضرارها.
  - قضية ديناميات شخصية المدمن.
  - قضية النظريات التى فسرت عملية الإدمان.
  - قضية بعض المتغيرات المرتبطة بالإدمان (الذكاء-الاغتراب-التنشئة الاجتماعية....إلخ).
  - مقارنات بين فئات من مدمني المخدرات داخل الثقافة الواحدة.
  - مقارنات بين فئات من مدمني المخدرات-مقارنة عبر ثقافية.
  - الأطفال والإدمان.
- وخلص الباحث الى حقيقة عدم العثور على دراسات ميدانية قد تناولت :  
العلاج والانتكاس والتأهيل ومراحله.

(محمد حسن غانم، ١٩٩٩، ص ص ١٥٠-١٦٣).

وفى دراسة أخرى قامت بها نجوى القوال حيث تناولت: ظاهرة المخدرات فى مصر-دراسة توثيقية وتحليلية للبحوث والدراسات الاجتماعية من عام ١٩٥٠-١٩٩٩ توصلت إلى النتائج الآتية:

- يوجد قصور فى الاهتمام بظاهرة المخدرات ، إذ إن ما تم إنتاجه من بحوث ودراسات حول ظاهرة المخدرات يمثل (٣٢٢) مرجعا.
- بالنظر إلى توزيع تلك البحوث والدراسات على سنوات الدراسة ، يتبين تركزها الشديد خلال السنوات الخمسة عشرة الأخيرة من القرن العشرين .
- غلبة الإنتاج العلمى الفردي على مجمل ما تم حصره وتوثيقه من دراسات وبحوث.

- نادرًا ما تواصل اهتمام الباحثين المصريين فى دراسة الأبعاد الاجتماعية للظاهرة من زاوية التخصص الدقيق بعد الحصول على الدرجة العلمية .. ويستثنى من ذلك بعض الباحثين فى مجال دراسة البعد النفسى والجنائى



### لظاهرة المخدرات في مصر.

- تشير نتائج هذه الدراسة الى أن المؤسسات البحثية والأكاديمية العاملة في مجال العلوم الاجتماعية قد استأثرت بأكثر من ثلث الإنتاج العلمي الاجتماعي من ظاهرة المخدرات، في حين قلت نسبة مساهمة المؤسسات المنوط بها مكافحة المخدرات في هذا الصدد.

- بينت نتائج الدراسة أن جزءاً كبيراً من بحوث ودراسات الأبعاد الاجتماعية لظاهرة المخدرات في مصر لم يحظ بالنشر، ويحد هذا من خلق رأى عام متيقظ حول خطورة ظاهرة المخدرات.

- غلبت الدراسات حول محور الطلب على المخدرات على الدراسات الخاصة بمحور عرض المخدرات في مصر، وتكاد تتساوى من حيث العدد- الدراسات والبحوث الخاصة بالبعدين: النفسي والاجتماعي للطلب على المخدرات. بينما يعاني البعد الثقافي في هذا الشأن من إهمال واضح من جانب الباحثين.

- من حيث مضمون الدراسات ، نجد تكتيفاً للبعد الجنائي ، ومثلت هذه الدراسات ما يقرب من ٤٠ ٪ من إجمالي ما أنتج من مراجع حول ظاهرة المخدرات.

- ما يقارب من نصف تلك الدراسات-فقط- هو الذي اتبع المدخل الإمبريقي الميداني في دراسة الظاهرة.

- أن عينات للدراسة غالبيتها من مدمني الحضر (وقلة من التجار) ، في حين أن للمناطق الريفية تعاني (ندرة) من البحوث عليها.

(نجوى الغوال ، ٢٠٠٢ ، ص ص ١٣٥-١٥٣)

وفي مصر ومنذ عام ١٩٥٧ ، وتحت مظلة : المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ومن خلال الفريق البحثي الذي قاده: أ.د. مصطفى سويف، نجد دراسات متعددة قد تم إنتاجها من خلال التركيز على:

- مدى انتشار التعاطي في المجتمع.

- أي المواد المخدرة أكثر انتشاراً.

- أي الشرائح أكثر استهدافاً للوقوع في فعل التعاطي.

– الكشف عن عديد من العوامل الاجتماعية والنفسية والاقتصادية المرتبطة بالتعاطى.

وفى هذا الصدد ، تمت دراسة:

– طلاب المدارس للثانوية العامة بمدينة القاهرة الكبرى (مصطفى سويف وآخرون، ١٩٩١)

– طلاب الجامعات (مصطفى سويف وآخرون، ١٩٩٥).

– عمال الصناعة (مصطفى سويف وآخرون ١٩٨٩).

– شباب السائقين (إيتسام الجعفرأوى ، ٢٠٠٢).

– شباب الأندية ومراكز الشباب (احمد مجدى حجازى ، ٢٠٠٢).

– شباب العشوائيات (ليلى عبد الجواد ، ٢٠٠٢).

– الحرفيين وتعاطى المخدرات (نادية حليم ، ٢٠٠٢).

– المجتمعات المستهدفة للتعاطى والاتجار فى المخدرات .

(علا مصطفى، ٢٠٠٢).

وغيرها من الدراسات (الوبائية) التى تهتم بشرائح متعددة فى المجتمع ، ومدى انتشار التعاطى بينها فى المجتمع المصرى.

كما أن عديداً من دراسات المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجناية قد أهتمت بالمحور الثانى ؛ أى دراسة العوامل المتشابكة فى المخدرات ، وكذا عديد من الدراسات التى قام بها باحثون (على المستوى الفردى) .

(انظر دراسات سعد المغربى ١٩٨٤ ، ١٩٨٦ ، ودراسة فاروق عبدالسلام ١٩٧٦ ، وكذا دراسة (Erich, 1999).

كذلك اهتم عديد من دراسات المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجناية ، وكذا بعض الباحثين بدراسة العلاقة بين الإدمان والاضطرابات النفسية وأن الشخص قد يلجأ إلى المخدرات كنوع من العلاج الذاتى.

(انظر فى هذا الصدد وعلى سبيل المثال دراسات : مصود رشاد ١٩٩٧ ، وخالد بدر ١٩٩٥ ، ص ص ٣٣٧-٣٨٢)، (على مفتاح ١٩٩٤ ، ص ص ٨١-١٠٣) وكذلك دراسات:

(Miller & Fine, 1993), (Kessler et al, 1996).

كذلك ركزت بعض دراسات المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجناائية ، وكذا بعض الباحثين على دراسة طرق الوقاية والعلاج والتأهيل .. وإن كانت الدراسات فى هذا الصدد قليلة جدا ، وسوف نعرض لبعض هذه الدراسات لاحقا ، وإن كنا نتفق مع ما أورده نجوى الفوال فى نهاية تعليقها على أبحاث المخدرات فى مصر من عام ١٩٥٢ حتى ١٩٩٩ الى القول بأن .. الدور المنوط بالمجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان ، وصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي ، يتعاضد قدره فى ملء الفراغ فى المكتبة العربية (نجوى الفوال ، ٢٠٠٢ ، ص ١٤٥) .

#### الواقع العلاجى فى مصر

فى دراستين للباحث : الأولى (١٩٩٦) .. حيث أثار الباحث قضية العلاج فى مصر وقد أكد النقاط الآتية :

- إن مصر من أوائل دول العالم الثالث التى اهتمت بالمخدرات ومكافحتها ، وقد تمثل ذلك فى إنشاء لجنة .. البرنامج الدائم لبحوث تعاطي المخدرات منذ عام ١٩٥٧ حتى الآن ، وتحت مظلة للمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجناائية .

- واستمرارا لجهود الدولة فى مواجهة مشكلة تعاطي المخدرات ، صدر قرار جمهورى بتشكيل المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان ، وكذا صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي .

- فى عام ١٩٦٠ ظهرت بوادر التعامل الجاد مع الأزمة العلاجية للإدمان فى أن الذين يتقدمون طواعية لتلقى العلاج من الإدمان تسقط عنهم الدعوى الجناائية ، بل يجوز للمحكمة أن تحكم على المدمن الذى يحاكم جراء إدمانه بالعلاج الإجبارى فى إحدى مصحات الدولة ، بدلا من أن تحكم عليه بالسجن .

- والبعض يرجع تاريخ الاهتمام بعلاج الإدمان فى مصر إلى عام ١٩٠٥ ، حين أسست جمعية المسكرات ، والتى أصبح اسمها فيما بعد : الجمعية المركزية لمنع المسكرات ومكافحة المخدرات .

- ظهرت الجهود الأهلية فى مكافحة وعلاج المخدرات ، من خلال إنشاء عديد من العيادات ، أشهرها عيادة العتبة (عام ١٩٦٨) وعيادة السيدة زينب .

- لكن لدينا (٢٠٠) سرير لا غير .. حكومى وغير حكومى لعلاج حالات الإدمان فى مصر .

- توجد عديد من المصحات الخاصة الاستشارية لعلاج الإدمان ، تصل مبالغ العلاج اليومية فيها إلى مبالغ طائلة مما لا يقدر عليها إلا فئة القادرين .

- أن كثيراً من تلك المستشفيات الخاصة يمكن أن تتيح للمدمن - الذى ذهب للعلاج- مواد المخدرات إذ قد يجد دلوها تذكرة الهيروين أو حقن الماكستون فورت أمامه سهلة ميسرة ، من خلال طابور الطامعين والمرضى والممرضات، وهم يبيعون السموم للمرضى أغلى من شرائها فى خارج المستشفى .

- لا بد من تدارك الأمر وإلا تحول الإدمان وعلاجه إلى مشكلة مزمنة .

( محمد حسن غانم ، ١٩٩٦ ، ص ٢٠٨-٢١١ ) .

وفي دراسة أخرى عن الواقع التأهيلي لمدمنى المخدرات فى مصر ، وجد الباحث الآتى:

- عدد أندية الدفاع الاجتماعى ( ١٤ ) نادياً .

- للجمعية المركزية (٨) فروع .

- بعض عيادات التأمين الصحى والصحة المدرسية يعمل بنظام العيادة الخارجية (وهو نظام لا يجدى فى علاج الإدمان) .

- فى المؤسسات الحكومية يعامل الإدمان كأحد الأمراض النفسية ، التى يواجهها الطبيب ولا يتم النظر إليه كمشكلة فى حد ذاتها .

- أن نادى الدفاع الاجتماعى فى الغالب هو حجرة فى مكان ما أو على أحسن الفروض (شقة صغيرة) ، وليست مكاناً مهيأً للتأهيل أو حتى للتعامل الجاد مع المدمن .

- أن التأهيل يحتاج إلى ميزانية كبيرة، وميزانية عمل إدارة دفاع اجتماعى لا تتعدى الـ (٣) آلاف جنيهها فى العام (تكاد تكفى بالكاد الإيجار ومصاريق الإنارة والمياه) .

- وبالتالي فلا نستطيع أن ندعى أن هذه المراكز والأندية تقوم بعملية التأهيل .. ولكن الأقرب إلى الواقع أنها يمكن أن تقى الشباب من الوقوع فى براثن الإدمان .

( محمد حسن غانم ٢٠٠٢ ، ص ٧٢-٧٤ ) .

### الواقع العلاجي والتأهيلي في البلاد العربية:

لا توجد بيانات متوافرة عن هذا الامر لدى الباحثين بل نعتمد في هذا الصدد على ما ينشر من ملخصات أو دراسات..ومعظمها -كما سبق ونكرنا- تدرج في عداد الدراسات التي تركز على أسباب التعاطي..وفي الغالب تم هذه الدراسات للمحكوم عليهم بالسجن سواء في جرائم المخدرات أو جرائم أخرى متعلقة بالمخدرات وغيرها من الجرائم.

لكن توجد تجربة علاجية وتأهيلية جيدة في الخليج العربي ، وتحديدًا في المملكة العربية السعودية والتي أنشئت عديدًا من المستشفيات المتخصصة في علاج الإدمان وفي كثير من المدن السعودية ..كمثال مستشفى أمل النمام والتي نصل طاقاتها الاستيعابية إلى ٢٨٠ مريضاً وبها أربعة أجنحة: ثلاث للدخول الطوعي، وجناح يتبع إدارة مكافحة المخدرات بوزارة الداخلية حيث يعالج به المتهمون في قضايا المخدرات المختلفة .

أما عن العلاج فإنه يمر بعدة مراحل، حيث يتم تنويم المريض لمدة (١٠) أيام، للتعامل مع الاعراض الانسحابية .. وبعد هذه المرحلة ينتقل إلى الاقسام التأهيلية حيث يتلقى العلاجات النفسية، من خلال أولاً : تقييم قدرات وإمكانات الشخص، وتعرف ما تأثر من وظائفه المختلفة نتيجة التعاطي، ثم تحديد ما إذا كان سيلتزم مباشرة إلى العلاج النفسي الفردي أم العلاج النفسي الجماعي..وهذا يسير في خط آخر متوازٍ من خلال: الخدمة الاجتماعية ثم العلاج بالعمل أو الفن أو الرياضة.. وقد يستدعي الامر إجراء اتصالات مع أفراد أسرته..أو حتى مع عمله لتوضيح موقفه .. ثم ينتقل بعد ذلك إلى ما يسمى بوحدة الرعاية اللاحقة ؛ حيث يجد الأنشطة نفسها التي كانت موجودة في الأقسام التأهيلية ، إلا أن تعامله هنا يكون مع البيئة الخارجية..حيث إن إمكانية التعرض للانتكاسة تكون محتومة.

علما بأن الفريق العلاجي يشمل كافة التخصصات من طب نفسي، علم نفس إكلينيكي ، أخصائي اجتماعي، تمريض (متخصص في التعامل مع المدمنين) ، وإرشاد تعافى ، والتأهيل العام ، العلاج بالعمل أو الفن أو الرياضة) ثم المرشد الديني..وتشرف على البرنامج شركة «شرتار» العالمية في علاج الإدمان..والتي تتبع أحدث التصورات الحديثة في علاج الإدمان ، كما هو الحال في الولايات المتحدة الامريكية، مما يجعلنا نقول بحق إن الخبرة العلاجية في المستشفى تكاد أن تكون خبرة نادرة ، قل أن يوجد مثلاً في عالمنا العربي.. ( محمد حسن غانم، ١٩٩٦ ، ص٩٢) .

### أهمية دراسة العلاج والتأهيل لمتعاطي المخدرات:

لعل أهم دوافع الكتابة لهذه الدراسة الآتى:

١ - قلة الدراسات التي اهتمت بقضايا العلاج والتأهيل للإدمان .. إذ فى الوقت الذى نجد كثرة فى الدراسات التى تتناول علاقة الإدمان بعدد من المتغيرات..أو دراسة المجتمعات (المستهدفة) للتعاطى.. نجد ندرة واضحة فى الدراسات التى تصدت لمجاور العلاج والتأهيل الحق لمتعاطي المخدرات.

٢- التركيز على تعدد اعمار التى يمكن ان تساهم معا وتتفاعل معا فى التعامل مع ظاهرة المخدرات..بدلا من ان يدعى كل (علم) أنه الذى يملك العلاج الحاسم (ويمفرده) لظاهرة المخدرات..أو كما يقول محمد شعلان: يقول المشرع فى قانونى العلاج، والنفسى يقول فى دوائى للشفاء، والاجتماعى يقول فى تدخله اللجاح (محمد شعلان ، ١٩٨٦) . بل الأقرب الى الصواب أننا نؤيد وجهة نظر مصطفى سريف من حيث إن ظاهرة المخدرات ظاهرة مركبة ومتعددة المكونات.. لذلك لا يمكن عقلا ولا واقعا أن يتصدى تخصص واحد لاحتوائها والتغلب عليها..بل لابد من تأثر الجميع (مصطفى سريف ١٩٩٦ ، ص٣٠) .

٣ - ظهور عديد من المفاهيم الخاطئة لدى كثير من كيفية علاج الإدمان (حتى لدى شرائح من المثقفين) من خلال سهولة علاج الإدمان..وأن العلاج يقوم على (تغيير) دماء المدمن ودفق دماء جديدة تسير فى شرايينه وأوردته..تبعده عن الإدمان..ولأسف فلو كان الأمر يمثل هذه السهولة ما كانت هناك مشكلة .

٤ - ظهور عديد من الإعلانات ، التى تستغل مساحات من جهل كثير بكيفية علاج وتأهيل المدمن-وتعرض على أن العلاج من الإدمان سهل..وأنه يستغرق ساعة وربما أكثر قليلا حتى (تتسلم) الشخص المدمن (ابنك أو اخيك أو حتى أنت شخصا لو كنت مدمنًا) وقد تعافيت تماما من (محنة الإدمان) ..ولأسف الشديد فلقد قرأت هذه الإعلانات فى عديد من الصحف القومية ، وكذا المجلات المتخصصة ، خاصة للفتية وللتى تصدر سواء فى مصر أو لبنان ، ..وطبعا يعرف اصحاب هذه الإعلانات (للكاسب المالية) دون (نعمن) فى كيفية تقديم العلاج النفسى والاجتماعى والتأهيل (بمختلف مراحله ومجاوره) ، لمن وقع فى (فخ) تعاطي المخدرات.

ومن أجل كل ما سبق نقدم هذه الدراسة .

## الفصل الثانى

مدخل إلى تعريف العلاج والتأهيل  
وما يرتبط بهما من مفاهيم

- الادمان .
- المواد المخدرة .
- التحمل .
- الانتكاس .
- الدافعية .
- العلاج .
- التأهيل .





## الفصل الثاني

### مدخل إلى تعريف العلاج والتأهيل

وما يرتبط بهما من مفاهيم

#### مدخل إلى المفاهيم

تتعدد المفاهيم المرتبطة بالعلاج والتأهيل لمتعاطي المخدرات.. ويمكن إدراج هذه المفاهيم في:

#### أولاً: الإدمان Addiction

إن المتتبع للمفاهيم المرتبطة (بفعل التعاطي) يلاحظ الآتي:

أ - تعدد المفاهيم المرتبطة بالإدمان ، ومن هذه المفاهيم : التعاطي Drug Abuse استخدام المخدرات Drug Use ، إدمان المخدرات Drug Addiction ، الاعتماد على المخدرات Drug Dependence ، (بشقيه : الاعتماد النفسي Psychological Dependence والاعتماد العضوي Physical Dependence ) والاعتقاد على المخدرات Drug abitation .

٢ - إن كثيراً من البحوث تستخدم بعض المفاهيم مثل : الإدمان والتعاطي والاعتماد وبالتناوب دون الاستقرار على مفهوم واحد طوال عرض البحث .

٣ - إن البعض لا يتكلف مشقة أن يوضح ما إذا كانت هناك فعلاً فروق بين هذه المفاهيم أم لا .

وسوف نشير في عجالة إلى المقصود بكل مفهوم ، ثم نوضح موقفنا من هذه المفاهيم .. والمفهوم الذي سنستخدمه في هذه الدراسة وأسباب ذلك .

١ - استخدام المخدرات Drug use وهو أبسط صور استخدام المخدر حيث بإمكان الشخص أن يستخدم المخدرات في المناسبات، ولكن لا يسعى توجهاً إلى البحث عن المخدر ، لكن إذا توافر (وتواجد) لا مانع من استخدامه .

٢ - تعاطي المخدرات : Drug Abuse حيث يسعى الفرد للحصول على المخدر، وإذا ترك الشخص المخدر فقد تصيبه بعض الأضرار من جراء ذلك، إلا أنه لا يصل إلى مرحلة الاعتماد ، على الرغم من أن التعاطي قد يحدث خللاً في بعض الوظائف الحياتية للمتعاطي .

٣ - الاعتماد على المخدر: Drug Dependence: وهى حالة نفسية وأحيانا تكون عضوية تنتج عن التفاعل بين كائن حى ومادة نفسية، وتقسم هذه الحالة بصدر استجابات أو سلوكيات ، تحوى دائما على عنصر الرغبة القاهرة فى أن يتعاطى الكائن مادة نفسية معينة على اساس مستمر أو دورى، لكى يخبر آثارها النفسية وأحيانا لكى يتحاشى الألام المترتبة على إفتقادها، وأحيانا قد يصحبها تحمل أو لا يصحبها ، وقد يعتمد الشخص على مادة واحدة أو أكثر، وتستخدم أحيانا (زملة أعراض الاعتماد) لوصف مجموعة من الاضطرابات المصاحبة لتعاطى المواد النفسية .

(مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ص ص ١٨-٢٠)

٤ - ادمان المخدرات: Drug addiction حيث الرغبة القهرية الملحة من قبل الشخص فى الحصول على المخدر بأية طريقة كانت ، وأن يجد الشخص نفسه مقهوراً على الاستخدام المفرط للمخدر ، بل ويعمل على تأمين الحصول عليه ، مع نزعة قوية للانكاسة (Bium, 1984 من خلال راشد الهال ، ١٩٩٩ ، ص ٤٠) .

إلا أننا نفضل- فى هذا السياق- استخدام مصطلح إدمان ، والذي يعنى : التعاطى المتكرر لمادة نفسية أو لمواد نفسية لدرجة أن المدمن يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع أو لتعديل تعاطيه، بل تصبح حياة المدمن تحت سيطرة المادة المخدرة لدرجة استبعاد أى نشاط آخر ، غير الاهتمام بكيفية الحصول على المخدر ثم تعاطيه... هكذا .

ومن أهم سمات الشخص المدمن الآتى:

أ - ميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاة وهو ما يعرف بمصطلح (التحمل) .

ب- اعتماد له مظاهر فيزيولوجية واضحة .

ج - حالة تسمم عابرة أو مزمنة .

د - رغبة قهرية قد ترغم التعاطى على محاولة الحصول على المادة المخدرة المطوية بأية وسيلة .

هـ - تأثير مدمر على الفرد والمجتمع .

(مصطفى سويف، ١٩٩٦ ، ص ص ١٧-١٨) .

ثانيا : المواد المخدرة : Drugs

(وتعد المواد المخدرة للحلقة الثانية من حلقات الإدمان..إذ لا يوجد إدمان دون مواد مخدرة) .

وبداية يشير مصطفى سويف (١٩٩٦) إلى أن مصطلح المخدرات يشير إلى معانٍ متعددة ومتداخلة بدرجة تدخل الغموض والإبهام أحياناً مع المقصود منه إلى هذا المعنى أو ذاك ، ولذلك يترجح كثير من أهل الاختصاص الآن في استخدامه إلا في أضيق الحدود .  
( مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ص ١٦٢ )

ولذا يرى محيي الدين أحمد حسين (٢٠٠٢) أنه يؤثر استخدام مصطلح «مواد مؤثرة في الجهاز العصبي» بديلاً عن «مواد مخدرة الشائع استخدامها في سياقنا المحلي» لأن عبارة مواد مخدرة أضيق من أن تمتدع مواد أخرى مؤثرة في الجهاز العصبي كالمنشطات على سبيل المثال .

صحيح أن المواد المخدرة هي الأكثر شيوعاً في سياقنا المحلي، وهذه نقطة جديرة بالنظر والملاحظة والدراسة على ضوء المتغيرات الثقافية والاجتماعية السائدة لدينا .. إلا أنه تبقى ضرورة أن يكون التعريف إطاراً يسمح باستيعاب المتاح وغير المتاح من المفردات المختلفة .

وصحيح أيضاً أن مصطلح «مواد مؤثرة في الجهاز العصبي» قد يكون من السعة؛ بحيث يستوعب ما لا يمكن أن يدرج في فئة المخدرات .. إلا أنه تبقى عبارة غير مشروع أو غير طلي معينة على أن تقتصر دائرة المواد المؤثرة في الجهاز العصبي على مجال اهتمامنا الحالي . ( محيي الدين أحمد حسين ، ٢٠٠٢ ، ص ٣٢-٣٣ ) .

وتعرف المخدرات بأنها أى مواد مخدرة يعاطاها الشخص بصورة منتظمة، وتعود إلى عديد من المشكلات الصحية والنفسية والجسمية والاجتماعية لما تحدثه من تأثير شديد على وظائف الجهاز العصبي المركزي ، ولما تحدثه من الاضطرابات في الإدراك أو المزاج أو التقيد أو السلوك

( مصطفى سويف وآخرون ١٩٩١ ، ص ١٣ ) .

ونرى أن هذا التعريف هو الأقرب إلى الواقع، وإن كنا نرى أن تأثير المخدرات قد يحدث كل ما سبق من حيث تدهور في الإدراك والمزاج، والتفكير، .. وكل ذلك إنما يعكس على سلوك الشخص المتعاطي، فضلاً عن أن ظاهرة تعاطي المخدرات وتأثيراتها المختلفة قد طرحت مسألة الاختلافات في تحديد أو تضيق نطاق المخدرات .. إلا أننا يمكننا حصر المتغيرات التي قادت إلى هذه الاختلافات في :

- نوع المخدر ودرجة تخديره وطبيعته من حيث التهينة والتسكين أو التنبيه .
- علاقة المخدر وآثاره المختلفة .
- علاقة المخدر بدرجة الاعتماد أو الاعتقاد .
- طريقة تعاطي المخدر .

- طبعية التفكيرين الفردي من الناحية الجسمية والنفسية وعلاقتها بالاستجابة للمخدر.

(سعد المغربي، ١٩٨٦، ص ٤٣-٧٦)

ولذا فإننا نفضل استخدام مصطلح (مواد مخدرة) في هذا السياق ، مادام أن هذا الاستخدام غير طبي وغير مشروع ، ويقود في الآن نفسه إلى عديد من الاضطرابات مثل : اضطراب الإدراك والمزاج والتفكير والانفعال... وكل ما سبق بالطبع يمكن على أداء السلوك.

### ثالثاً : الاشتياق Craving

ونقصد بهذا المصطلح أن المدمن بعد فترة من تعاطيه المواد المخدرة ، أو المادة المخدرة التي يفضل تعاطيها .. فإذا تعاطاها بطريقة منتظمة ومستمرة لا توجد أي مشكلة (من وجهة نظر الشخص المدمن) .. إلا أن هذا الاستمرار في التعاطي يكون قد ارتبط في ذهن المتعاطي بعديد من العلامات التي تجعله يشعر بالسرور (في حالة استمرار التعاطي) .

وإذا كان هذا المصطلح يشير في البداية إلى طبعية الاشتياق أو اللهفة، في مجال تعاطي الهيروين .. إلا أن هذا المصطلح (الاشتياق) قد تم استخدامه بصورة أكثر شمولاً واتساعاً ليشير إلى اللهفة القوية في تعاطي أي مادة مخدرة ، يكون الشخص المدمن قد اعتاد تعاطيها .

وهو التعريف نفسه الذي يقدمه مصطفى سويف (١٩٩٦) من حيث إنه «رغبة قوية في الحصول على آثار مخدر أو مشروب كحولي ، ولهفة بعض الخصائص الوسواسية ، فهي لا تفكأ تراود فكر المدمن ، وتكون غالباً مصحوبة بمشاعر سيئة .

(مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ص ١٨٢)

### رابعاً : التحمل Tolerance

وهو مصطلح يقصد به في مجال إيمان المواد المخدرة أن الشخص الذي قد اعتاد تعاطي جرعة محددة من مادته المخدرة (المفضلة لديه) ، وكان يحصل على آثار نفسية وجسدية (ترضيته) .. وهذا الاعتقاد (للجرعة نفسها) ، لم يعد (يرضيته) (يشبعه) كما كان من قبل .. ولذا يميل الشخص إلى زيادة الجرعة المتعاطاة ، وقد يقوده ذلك إلى ما يمكن أن نسميه (الجرعة الزائدة) ، والتي تقوده إلى الوفاة .. نتيجة أن الشخص (يجهل) للكمية والتأثير الذي بإمكان جسمه أن يتحمله .

(Robert. et al., 1999)

#### خامساً : الانتكاس Relapse

بداية يجب أن نشير الى أن مفهوم الانتكاس جزء أساسى من عمليات الإدمان .. بل العلاج والتأهيل.

ويشير مصطلح الانتكاس إلى الفشل فى المحافظة على نمط التغييرات ، الذى طرأ على السلوك ، ولا تشير الانتكاسة فقط الى الحدث الذى تم من خلاله التعاطى ، وعدم الالتزام بقواعد التعافى ، وإنما أيضا (للجهل) بمجموعة العلامات المنذرة والتى تظهر قبل وقوع الشخص فى فعل التعاطى ، سواء أكانت هذه العلامات مثيرات من البيئة الخارجية أم بعض الاشتياق واللهفة craving من داخل الشخص المتعافى (أى المتوقف حاليا عن فعل التعاطى) .

وقد حدد كثير من المراجع المتخصصة فى مجال علاج وتأهيل المدمن عديداً من العلامات ، التى يجب ان ينتبه إليها الشخص المتوقف عن التعاطى - نذيجة للمرور بخبرة العلاج ، وكذا أعضاء الفريق العلاجى ، بل والأشخاص المحيطين والمتعاملين مع هذا الشخص.

والعلامات المنذرة بالانتكاسة هى:

- ١- الخوف من الاستمرار فى الحياة دون مخدر أو شراب.
- ٢- الإنكار Denial وعدم تقبل الواقع.
- ٣- التظاهر بالطاعة المبالغ فيها (ينفذ بلا مناقشة).
- ٤- إجبار الآخرين على الطاعة.
- ٥- الميل إلى السلوك الدفعى (وتجهيز) المبررات لكل سلوك.
- ٦- التدخل فيما لا يعنيه ، وكأنه يريد إصلاح الكون والآخرين.
- ٧- اكتئاب خفيف.
- ٨- النظرة الضيقة للأمور.
- ٩- الشعور بعدم الراحة (الانزعاش) .
- ١٠- تزايد الإحساس باللامبالاة.
- ١١- للرفض التام لأى مساعدة.
- ١٢- الأسف على النفس والأسى عليها.
- ١٣- عدم الانتظام فى مواعيد الطعام.
- ١٤- المرور بفترات من الارتباك (وعدم القدرة على تحديد الأمور) .

- ١٥- التوتّر السريع لأيّ مثيرات حتي وإن كانت قليلة ، مع الآخرين .
- ١٦- سرعة غضب .
- ١٧- فقدان القدرة على التركيز المنظم والتخطيط القائم على (معطيات) من الواقع .
- ١٨- السخط وعدم الرضا عن أي شيء موجود في هذه الحياة .
- ٢٠- الشعور بأنه عاجز وضعيف (ولا حول ولا قوة له) .
- ٢١- التفكير في التعاطي وتبدأ هذه الحيلة بأن يتعاطى - مثلا هكذا يقول لنفسه-كمية ضئيلة، وهذه الكمية لن تهزم كل هذه الأيام التي ظل فيها دون تعاطي..ويقنع نفسه بأنه: (قليل من التعاطي لا يضر) ، أو البدء في التعاطي القليل .
- ٢٢ - الميل إلى سلوك الكذب .
- ٢٣- فقدان الثقة في النفس .
- ٢٤- العودة إلى زيادة الجرعات وكميات كبيرة ، (خلاص وقعت للفأس في الرأس...) قلّتزد أذا كمية للمادة المتعاطاة ..  
(Daly. & Marylatt, 1992., p. 533)  
(Marsham.,1999., pp. 367-394)
- ولذا فإن جانباً مهماً من جوانب البرامج العلاجية والتأهيلية يهدف في المقام الأول، إلى تعرف العلامات المنذرة cues بالانكاس ، ولذا يجب ان يتم الآتي:
- تدريب الفرد على التعرف على العلامات المنذرة بالانكاس .
- التدريب على مواجهة للقلق الزائدة في النفس أثناء التعافي .
- مواجهة الإنكار .
- ضرورة أن نفرق بين مصطلح الانكاسة Relapse والسقطة أو النكسة Lapse، حيث يشير المصطلح الأخير إلى أن يأخذ المدمن جرعة أو كأساً ثم يسارع إلي المستشفى للعلاج، في حين أن المصطلح الأول (الإنكاسة) يشير إلى الإستمرار في التعاطي بل وبصورة كثيفة .
- انظر في هذا الصدد :
- (محمود رشاد ، ١٩٩٧ ، ص ٧٥) .
- (ماجدة حسين ، ١٩٩١ ، ص ص ١٢٥-١٤٥) .

### سادساً : الدافعية : Motivation

نعرف أن خلف كل سلوك دافع سواء أكان الشخص علي علم به أم لا (Mc clelland, 1984).

ولذا فإنه حين يتقدم المدمن للعلاج ، يجب أن نتفهم الدوافع التي تكمن خلف هذا السلوك.. إذ قد يتقدم المدمن للعلاج نتيجة رغبة صادقة في التوقف تتبع من داخله، أو قد يقدم للعلاج نتيجة لعدد من العوامل والظروف الخارجية ، وأن تقوية دافعية المريض للمدمن للاستمرار في العلاج ، وكذا التأهيل مهم جدا في (تعافيه) .

وفي دراسة سابقة للباحث عن الدافعية للعلاج لدى المدمنين حيث قارن بين دافعية التردد للعلاج لدى مجموعة من المدمنين المصريين والمدمنين السعوديين.. فتوصل إلى عديد من الدوافع ، التي تكمن خلف التردد للعلاج في المستشفى . ووجد أن دافع «إرضاء الأسرة» دال لصالح المجموعة السعودية، في حين أن (الأهل أجبروني) دال لصالح المجموعة المدمنة المصرية.. إضافة إلى عديد من الدوافع الأخرى ، مثل:

- للالتكاسة.

- هروب من مشاكل خارج المستشفى.

- أريد أن أبدأ حياة جديدة.

- عدم توافر المادة المخدرة (في السوق).

- محول من العمل.

- (أرمني صروق).

- محول من شرطة مكافحة المخدرات.

- لم أجد مأوى إلا هنا.

- لا أعرف.

- للعلاج.

(محمد حسن غانم ، ٢٠٠٠، ص ٣١-٤٥).

ولذا تعرف الدافعية: بأنها مفهوم افتراضي ، يفترض خلف زيادة قاعلية المدمن للمشاركة في الأنشطة العلاجية والتأهيلية ، حتى يصل إلى مرحلة (التعافي) التام من آثار المادة المخدرة التي كان يتعاطاها من قبل. ولا بد أن يتجه (الفريق العلاجي) إلى العمل على زيادة (دافعية المريض الداخلية) في استكمال البرنامج العلاجي والتأهيلي، بل وإمكانية أن يحيا دون مخدر، ويستمتع بحياته-أيضا-دون مخدر.

وغالباً ما يكون الأفراد ذوو التحكم الداخلى على درجة عالية من الدافعية ؛ لأنهم يشعرون بأن نتائج أفعالهم متوقفة عليهم ، وأن يكون ذوو مركز التحكم الخارجى على درجة منخفضة من الدافعية لأنهم يشعرون بقلّة الحيلة ، وأنهم عاجزون عن فعل أى شيء لتغيير مسار حياتهم . ولذا يجب أن تتجه البحوث إلى زيادة عنصرين لدى الشخص المدمن (الذى ذهب للعلاج والتأهيل) ، وهما:

المثابرة ، والدافع إلى الإنجاز، وتحدد المثابرة فى استمرار الفرد فى بذل الجهد حتى يحقق ما يريد. أما الدافع إلى الإنجاز فيتحدد تعريفه من رغبة الفرد أن يوجد معنى لحياته من منظور الإنجاز.

(محيى الدين أحمد حسين ، ٢٠٠٢ ، ص ٥٤-٥٥)

سابعاً : العلاج : Treatment

تتعدد التعريفات والتلويحات والتصنيفات التى تحتوى المفهوم العلاجى أو يشملها . بيد أننا سنقصر حديثنا عن مفهوم العلاج الذى يقدم للشخص المدمن (لأنه بالطبع يختلف عن نوع آخر من العلاج لشخص يعانى من مرض عضوى) .

إلا أننا نتفق مع ما يورده مصطفى سويف (١٩٩٦) قبل أن يدخل فى إجراءات العلاج وتعريفه فى مجال الإدمان . حيث يورد للملاحظات الآتية:

١- هل المدمن مريض أم مختب ، فإذا كان مريضاً فلماذا العقاب ، وإذا كان مختباً . فلماذا العلاج (ولابد من تحديد هذا الجانب أولاً) .

٢- إن مفهوم العلاج فى الإدمان يتعدى مفهوم العلاج الدوائى ، والذى يعد فى حالة الإدمان جزءاً من تدخل أوسع من ذلك بكثير ، وهو التدخل الدوائى - النفسى - الاجتماعى .

٣- يردد البعض أن لا فائدة من علاج الإدمان والمدمنين ؛ لأن المدمن يبتكس (أى يعاود التعاطى) بمجرد خروجه من المستشفى ، وهذا يؤكد ما سبق أن ذكرناه من ضرورة أن يكون التدخل العلاجى غير مقتصر على التدخل الدوائى فقط ، بل لابد أن يتبعه ويلزمه أو يترتب عليه تدخل نفسى واجتماعى وتأهيلي .

٤- إن أى دولة تكون طرفاً فى التصديق على الاتفاقيات الدولية الرئيسية للمنظمة لموضوع التعامل فى المخدرات . والمواد النفسية ، لا تستطيع الاتصال من مسؤولياتها عن توفير أسباب العلاج بالمعنى الطبى النفسى الاجتماعى المتكامل ؛ لأن هذه الاتفاقيات تنص على هذه المسؤولية صراحة . (مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ص ٢١٧-٢١٩) .



ولذلك نقصد بالعلاج فى مجال الإدمان: جميع إجراءات التدخل الطبى والنفسى الاجتماعى، التى تؤدى إلى التحسن الجزئى أو الكلى للحالة مصدر الشكوى ، وللمضاعفات الطبية ، والطبية النفسية المصاحبة (لجنة المستشارين العلميين ١٩٩٢) . وغالبا ما يبدأ علاج الشخص المدمن أولاً بالتدخل الطبى ، الذى يهدف إلى (تطهير) الجسم من السموم (أى سموم المخدرات) ووضع حد للاضطرابات والأعراض العضوية .. وكذا وضع (خطة طبية-علاجية) لكى يستعيد الشخص المدمن (عافيته) حيث إن الإدمان -فى الغالب- يصرفه عن الاهتمام بصحته أو الاهتمام بنوعية غذائه .. ثم بعد ذلك (أى بعد العلاج الطبى الذى انصب على الجسم وحاول وقف التدهور، يبدأ التقييم النفسى والاجتماعى والتأهيل حتى يظل المدمن (السابق) فى حالة (تعاف)، والعمل على (تخليصه) من كثير من السلوكيات (الإدمانية) .. وإجراء بعض التعديلات فى بيئة المدمن (السابق) بهدف التخلص من المشيررات الداعمة لموقف أو مواقف التعاطى، والذى (كانت) تساعد على (استمرار التعافى) ومن ثم (فشل) للتوقف أو حتى (استمرار) العلاج.

(La Salvia,1993., pp. 439-444)

#### ثامناً: التأهيل : Rehabilitation

تتعدد التعريفات التى قدمت لمفهوم التأهيل .. إذ يقصد به «عملية مساعدة الأفراد على الوصول إلى الحالة التى تسمح بدنيا ونفسيا واجتماعيا بأن ينهضوا بما تتطلبه المواقف المحيطة بهم، مما يمكنهم من استغلال الفرص المتاحة أمام غيرهم من أبناء المجتمع ممن هم فى مرحلة العمر نفسها» (Shahendah 1995) من خلال مصطفى سوياف ، (١٩٩٠) .

ويعرف على أنه .. مجموعة الإجراءات التى تتخذ حيال مدمنى المخدرات ومعتاپيها لإعادتهم نفسيا واجتماعيا وطبيا لممارسة أنوارهم الاجتماعية والمهنية الطبيعية ، التى خلعوا أنفسهم منها جراء اعتمادهم على مادة من المواد المؤثرة فى الجهاز العصبى .

وبتعبير آخر، وتأسيساً على صياغة منظمة العمل الدولية، يعرف التأهيل على أنه مجموعة الإجراءات التى تتخذ كسبيل إلى تمكين المدمن من الإقلاع عن إدمانه ، واتخاذ مسار له فى الحياة يباعد بينه وبين خبرة الإدمان، وكذلك معاونته على الوصول إلى وضع بدنى ونفسى واجتماعى ، يمكنه من مواجهة مواقف الحياة المختلفة بقدر من الفاعلية كفىل أن يحقق به فرصاً فى الحياة ، تتناظر مع الفرص المتاحة لأقرانه من أبناء المجتمع الذين يماثلونه عمراً .

وينطوى هذا التعريف على مجموعة من الحقائق الأساسية ، هي :

١ - ليس المقصود بالتأهيل للنفسى والاجتماعى لمدمن المخدرات أنه إجراء متمم لأية خدمة طبية محدودة كانت فى حجمها أو متسعة ، فالعكس هو الصحيح .

٢ - ليس الهدف من التأهيل للنفسى والاجتماعى لمدمنى المخدرات هو إعادة المدمن إلى الحالة التى كان عليها قبل التورط فى خيرة الإدمان ، بل الوصول بالمدمن إلى إيقافه عن نهجه فى الحياة ، وإلذى تحل من خلاله عن أدواره الطبيعية الأساسية ( العمل ، الأسرة ، المجتمع العريض ) ليعتمد على للمخدرات ويحدث تغييرات فى سلوكه .

٣ - إن مفهوم الخلع ( أى يخلع المدمن نفسه من أدائه لأدواره فى المجتمع ) ، وإن بدا مقترنا بالتورط فى الخبرة الإدمانية ، فإن عديداً من الدراسات قد كشفت عن حقيقة مؤداها أن المدمن حتى قبل أن يقع فى خيرة الإدمان ، كان لديه عديد من السلوكيات المهيئة للوقوع فى الإدمان ، ولذا فإن التأهيل يهدف إلى :

أ - تدريب المدمن ( السابق ) على ممارسة أدواره الطبيعية ، التى كان يقوم بها ( قبل انخراطه فى الإدمان ) .

ب - تمكينه فى نسيج الحياة الطبيعية لممارسة هذه الأدوار ( السياق الاجتماعى ) .

٤ - تسليح المدمن بقدر من المهارات الاجتماعية اللازمة لحسن توافقه مع الإطار الاجتماعى العريض ، وأن يكف عن الإدمان ، وأن يجد طريقه فى الحياة الطبيعية بسهولة ويسر .

٥ - أن يقدم للتأهيل لا بوصفه ( منظومة فردية ) بل باعتباره منظومة متكاملة مع غيرها من الإجراءات الأخرى .

( محى الدين احمد حسن ، ٢٠٠٢ ، ص ص ١٤-٢٢ ) .

علمًا بأن التأهيل يرتبط بعديد من المفاهيم الأخرى . سنحاول ذكرها حين نتحدث فى فصل التأهيل تفصيلاً .

تلك كانت أبرز المفاهيم التى ترتبط بمفهومى العلاج والتأهيل .

### الفصل الثالث

بعض الاجتهادات المختلفة في العلاج والتأهيل  
النفسي والاجتماعي لمدمنى المخدرات

- نظرية التحليل النفسي وعلاج الإدمان .
- مزايا نظرية التحليل النفسي .
- عيوب نظرية التحليل النفسي .
- النظرية السلوكية وعلاج الإدمان .
- مزايا العلاج السلوكي .
- عيوب العلاج السلوكي .



### الفصل الثالث

#### بعض الاجتهادات المختلفة في العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي لمدني الحضارات.

---

#### مقدمة :

تتعدد الاتجاهات والنظريات المختلفة ، التي حاولت أن تقدم تصوراً لكيفية التعامل مع الإنسان ..وبالطبع ..كما يذكر مصطفى سويف (١٩٩٦) فإن المجال يتمتع ليس لإسهامات علماء النفس فقط ، بل يمتد المجال ويتمتع ويشمل عدداً كبيراً من العلوم الإنسانية وغيرها في التصدي لهذه المشكلة المعقدة والمتشابكة ( مصطفى سويف ، ١٩٩٦) .

وسوف نذكر بعض النظريات والاجتهادات في هذا الصدد :

#### أولاً : نظرية التحليل النفسي:

لعل فرويد- مؤسس مدرسة للتحليل النفسي- يكرر تأكيد أن للتحليل النفسي له ثلاثة معانٍ مختلفة:

١ - طريقة للعلاج تستخدم أساساً الدداعي لحر free association ، وتعتمد على تحليل الطرح والمقاومة .

٢ - مجموعة من النظريات في الوظائف الميكولوجية للكائن البشري تؤكد على أن دور اللاشعور والقوى الدينامية في الوظائف النفسية .

٣ - طريقة للبحث في وظائف وعمل العقل سواء كانت سوية أو لا سوية إلا أنه يجب تأكيد أن العلاج والنظرية والبحث يؤثر كل منهما في الآخر (لويس مليكه، ١٩٩٠ ، ص ٩-١٠) .

إلا أننا يجب أن نشير للقارئ بأن التحليل النفسي يضم بين ثناياه نظريات وتوجهات وآراء عديدة جداً..حيث انشأ بعض تلامذته عليه ، واختلفوا معه بدءاً من (اسم النظرية) حتى (المضمون) فينادى-مثلاً-أدلر بعلم النفس الفردي Individual Psychology ، وينادي كارل يونج بعلم النفس التحليلي Analytical Psychology بدلاً من التحليل النفسي..وهكذا.

ويحسن قبل أن نعرض لوجهة نظر التحليل النفسى أن نشير إلى أهم مسلماتها، وتتلخص فى:

١- أن ظاهر الإنسان بخلاف باطنه، وعلى هذا فكل ما يرتبط بالعلاج النفسى هو عبارة عن عمل (أنفاق) لكى نصل إلى ما فى جوف الشخص من كبت وعقد إلى السطح.

٢- أن الشخصية الإنسانية تخضع فى نموها وتطورها لمجموعة من المبادئ والأسس، هى:

أ- مبدأ اللذة وتجنب الألم.

ب- مبدأ الواقع.

ج- مبدأ اللئانية أو الازدواج.

د- مبدأ إجبار التكرار.

٣- أن الشخصية الإنسانية-لدى فرويد- تتكون من ثلاثة نظم أساسية ، هى:

أ ~ **الـهـو ID**: وهو مكان للفرائز المكبوتة والتي تسمى إلى الإشباع (بغض النظر عن الواقع).

ب- **الأنا EGO** : حيث إن نصبح الشخص يجعله يدرك ويميز ويفرق بل ويقرر متى يشبع رغباته ، إذا كان الواقع متاحاً ومستعداً، ومتى يؤجل إشباع رغباته ، حتى يكون هناك مجال لهذا الإشباع، ومتى يلغى نهائياً هذه الدوافع (لأن العادات والتقاليد والدين يحرم مثل إشباع هذه للرغبات) .

ج- **الأنا الأعلى SUPER EGO**: ويمثل القيم التقليدية والصنعير فى الشخص..حيث إن للشخص ، ومن خلال عمليات التنشئة الاجتماعية ، وتحديد معايير الصواب والخطأ يكون غير محتاج إلى (تكرار) مثل هذه النصائح، بل تكون هذه النصائح والمعايير قد تم استئماجها داخله..إنه بأختصار الصنعير ، والذي يؤنب الشخص-أحياناً-ليس على سلوكيات خاطئة قد ارتكبها..بل إنه قد يعاقب لمجرد (التفكير) فى مخالفة الواقع وقوانينه .

٤- إن أقوى دافعين لدى الإنسان هما دافعاً: للعب والعدوان؛ إذ لابد أن يشبع هذين الدافعين من خلال ما يسمح به المجتمع..فبالنسبة للعدوان مثلاً لا تستطيع أن تأخذ ثأرك بيدك فهناك (سلطة الدولة) المتصلة فى ضرورة أن تتبع طريقاً قانونية

يجب أن تتبعها حتى تصل إلى (حل) لمشكلتك .. وكذلك الشيء نفسه فيما يتعلق بإشباع الدافع الجنسي.. إذ تستطيع إشباعه عن طريق الزواج.. (وليس عن طريق الخطف والاعتصاب مثلاً) .

٥ - إن اللاشعور ، وهو يمثل مساحة كبيرة لدى فرد-كل فرد-من وجهة نظر فرويد... يعبر عن نفسه من خلال ميكانيزمات الدفاع وتعتمد هذه الحيل ، والتي يستخدمها اللاشعور في التعبير عن نفسه (ولفت ) النظر إليه من : الكتب، للتكوين العكسي، الإسقاط، للتبرير... الخ.

٦ - أن مبدأ الصراع يعد من أهم المبادئ التي تحكم السلوك الإنساني -الصراع بين أن يشبع رغباته أولا يشبعها- للصراع بين أن يكون (إنسانا ملتزما بالعادات والتقاليد، والسائد) ، وأن يكون (مخالف) لكل هذا -الصراع بين الإقدام أو الإحجام.

تلك كانت باختصار أهم مبادئ التحليل النفسي الكلاسيكي من وجهة نظر مؤسس مدرسة التحليل النفسي (سيجموند فرويد) ، انظر هذا الصدد: (سيد غنيم، ١٩٧٥) ، (رشدي منصور، ٢٠٠٠) ، (صفاء خريبة، ١٩٩٨) .

### علاج الإدمان بالتحليل النفسي

العلاج النفسي لمرضى الإدمان يعتبر من الأساليب الأساسية في العلاج خاصة العلاج الفردي. ومن الضروري أن يلم من يقومون بالعلاج بطريقة التحليل النفسي، تلك الطريقة التي اكتسبت على مر الزمن تقديرا واحتراما من كافة الأوساط. ويقدر بعض الباحثين أن عدد ما ينشر سويا من الكتب في ميدان التحليل النفسي وقروعه المختلفة يوازي عدد ما ينشر في كافة مدارس ونظريات علم النفس الأخرى مجتمعة . وهناك بالطبع اعتراضات متعددة على مدرسة التحليل النفسي ، مثلما توجد بالنسبة للمدارس الأخرى كالسلوكية والوجودية وغيرهما .. إلا أن ذلك لم يقف حائلا دون انتشار التحليل النفسي وتطويره لأفكاره وأساليبه .

### الأفكار الأولى:

يعتبر فرويد من أوائل الذين تعرضوا لمشكلة الإدمان، فكانت له مع التوكاينين هند بدء انتشاره في أوروبا في أوائل القرن التاسع عشر قصة معروفة، وحاول علاج أحد أصدقائه الذين أدمنوا هذا العقار ولكنه توفي لسوء الحظ .

وعندما تعرض المحللون النفسيون الأوائل لمسألة الإدمان ، نظروا إليه نظرتهم إلى بقية الأعراض العصابية المرضية ؛ فاعتبروا السلوك أو الأعراض الإدمانية تعبيراً عن النكوص إلى مراحل أولى فى النمو النفسى الجنسى ، حين كانت الدفوعات أو الرغبات الغريزية تنال لإشباع سلوك عادى لم يكن ينظر إليه شذراً فى تلك المرحلة .  
 بعبارة أخرى .. فإن الحصول على اللذة من جراء إشباع تلك الدفوعات الغريزية وإشباع أنواع الملوك المؤدية إلى ذلك كان أمراً معتاداً ومقبولاً فى المراحل المبكرة من النمو النفسى الجنسى ، فلم يكن هناك خوف من الارتواء فى أحضان الأم والرضاعة من ثديها أو للتعبير عن الغضب ، واستخدام الأيدي الداعمة فى صفع الأب أو غيره عندما ينتزعه انتزاعاً من حضن أمه أو عندما لا يكثر بطلباته . ولكن فيما بعد عندما تكبت تلك الأنواع من السلوك ويستحيل إشباع الرغبات الغريزية غير الملائمة إلا فى عالم اللاشعور ، تتحول تلك الأعراض على المستوى اللاشعورى إلى موانع وعواقب ، تحول دون تحقيق تلك الذات العريضة ذلك أن تحقيق تلك الذات يحمل خطراً شديداً على الذات .. وهكذا تحمى تلك العمليات اللاشعورية الذات من خطر الفناء ، وهى التى نسميها بالميكانيزمات الدفاعية .

وقد اعتبر فرويد دراسة الدفاعات النفسية أو ميكانيزمات الدفاع حجر الزاوية فى بناء التحليل النفسى كله ، واعتبر الدفاع تنقيساً مضاداً ، قوة مضادة تعمل على تقليل الحافز الغريزى الذى يحتوى عادة مضموناً غير مرغوب ، مثيراً للقلق . وفيما بعد اعتبره وظيفة من وظائف الأنا مهمتها حفظ للحالة اللاشعورية للدفاعات المحظورة ومن ثم تقلل من القلق ، كما انتقل أيضاً من اعتبار الدفاع مرادفاً للكبت إلى اعتباره مجموعة من الدفاعات مثل العزل والنكوص والتكوين العكسى .. إلخ

وقد اجتهدت أنا فرويد وقسمت الدفاعات وفقاً لمصدرها ، فمنها ما هو ناشئ من الأنا الأعلى ومنها ما يرجع إلى العالم الخارجى ومنها ما ينبع من الغرائز . وجاءت مدرسة الأنا بعد ذلك ، فاعتبرت أن الوظيفة الأساسية للأنا هى أنها أداة تكيف وتوفيق ، تحت يدها دفاعات تستخدمها فى مواجهة للحالات الطارئة وضغوط العالم الخارجى وإلحاح الدفاعات الغريزية ، ومن ثم أصبحت ميكانيزمات الدفاع عملية ذات وجهين .. فهى من ناحية تحجز الدفوعات الغريزية ، وتمنع الرغبات المحظورة ومن ناحية أخرى تحقق نوعاً من الإشباع .. ولذلك فإنها ذات طابع لا شعورى .



وهكذا يفهم السلوك الإدمانى باعتباره تكيفاً عند مرحلة معينة من النمو النفسى الجنىسى ؛ مثل التسمية فى حالة اضطرابات تناول الطعام أو التعاطى القهرى للمخدرات والكحول ؛ والمرحلة التضيقية بالنسبة للسلوك الجنىسى القهرى المتكرر. ويجرى علاج مرضى الإدمان وفقاً للتقاليد المرعية فى علاج مرضى العصاب الذين تظهر عليهم علائم الأعراض القهرية . وتكون تلك الأعراض جزءاً مهماً من النظام الدفاعى ، الذى يحول دون دخول الوجدانات المؤلمة وغير السارة إلى مجال الشعور ، وأنه لا يمكن وقف تلك العمليات إلا باتباع الطريقة المعروفة للتحليل النفسى . ولا يزال أصحاب التحليل النفسى الأرثوذكسى يعالجون الإدمان استناداً إلى تلك النظرية التى تعتبر الإدمان عرضاً دفاعياً .

ومع ظهور «سيكولوجية الأنا» تغيرت الصورة ، فلم يعد أصحاب تلك الفكرة ينظرون إلى السلوك القهرى (الإدمانى) باعتباره دفاعاً ناشئاً عن الصراع بين الدفاعات العزيرية وقوى الأنا أو الأنا الأعلى ، وإنما باعتباره ناشئاً عن أنا معيبة ينقصها التماسك وغير قادرة على أن «تريح نفسها بنفسها» أى تجد لنفسها أساليب تكيفية ناجحة . وهذا التكوين المعيب المبكر يودى فيما بعد إلى اضطراب نرجسى—أى خاص بتقدير الذات لنفسها—ومن ثم يخلق حاجة إلى وسيط اصطناعى يريح النفس ويسرى عنها ؛ مما يودى فى النهاية إلى سوء تكيف قد يتخذ شكل الإدمان .

وهكذا يمكن القول بأن وجهة نظر التحليل النفسى فى تفسير الإدمان تشمل على فكرتين : الأولى ، الصراع بين القوى العزيرية والأنا أو الأنا الأعلى والثانية ، الأنا المعيبة أى نقص أو ضعف تكوين الأنا ؛ مما يضطرها إلى البحث عن وسائل تدعم موقفها فى مواجهة الحياة . وعلى أى حال .. فإنه يجب أن ينظر إليهما باعتبارهما متكاملين ، فنقص الأنا وسوء استخدام الميكانيزمات الدفاعية يخلقان دفاعات عصابية ، ومن ثم يجب تحليل تلك الميكانيزمات بدقة وشق الطريق خلالها للوصول إلى تكيف صحى . ولذا يعتبر البعض أن فاعلية العلاج بالتحليل النفسى للإدمان أو الاضطرابات الناتجة عنه تكون ضئيلة . (Rosenhan & Seligman, 1995, p., 278)

### فنيات العلاج

#### القلق وميكانيزمات الدفاع بالتحليل النفسى :

يهتم العلاج التحليلى اهتماماً بالغاً بالوظائف التى تؤديها ميكانيزمات الدفاع . فهذه الدفاعات الأنوية (أى التى تستخدمها الأنا) ، رغم أنها تبدو ساذجة وبدائية أحياناً ، تقوم بوظائف تكيفية مهمة ، ألا وهى حماية الجزء الشعورى من النفس ؛ حتى

لا تداومه وتغرقه الأفكار غير المرغوبة وما يصاحبها من مشاعر ، ويكون من الصعب إدماجها فى الذات لأنها تهدد الحياة اليومية الجارية .

وتكون مهمة المعالج النفسى بالتحليل النفسى هذا أن يدرك بشكل واف طبيعة وغرض الدفاعات فى كل وقت ، وأن يتحايلى ويدور حولها حتى يصبح التحالف بينه وبين المريض قويا يتحمل تفسيرها . وتبرز أهمية تلك الطريقة خاصة فى حالة المدمنين الذين تكون دفاعاتهم فى العادة هشة . ويؤدى التعامل مع الدفاعات بسرعة إلى هروب المريض من العلاج أو إلى إغراقه فى القلق ؛ مما يمنعه من إحراز أى استبصار بنفسه ، بل ويصبح أكثر ميلا إلى إحياء دفاعات الماضى . وهذا هو السبب فى أن المريض فى العلاج بالتحليل النفسى هو الذى يحدد محتوى العلاج وسرعة مساره ، ويترتب على ذلك أنه لا بد للمعالج من دفع المريض إلى تقديم مادة واقعية حية ، فما لا يثير اهتمام المريض لا يمكن فرضه عليه .

وقد أدى تعامل المحللين النفسيين المعاصرين مع مرضى الإدمان إلى إدخال تعديل على الطريقة العلاجية للكلاسيكية . فمن المعروف أن المحلل النفسى يتخذ من مريضه موقفاً حيادياً غير توجيهى خلال الجلسات ، فلا يسمح لنفسه بالتدخل فى حياة المريض وينقعه إلى اتخاذ قرارات أو خيارات معينة ، وتقع مسئولية ذلك على عاتق المريض وحده . ولكن اضطر المحللون النفسيون إلى السماح ببعض التدخلات ذات الطبيعة التوجيهية ؛ بقصد المحافظة على استمرار العملية العلاجية .

كما لا بد للمحلل من احترام مقاومة المريض لتحطيم دفاعاته ، وإدراك أن تلك الدفاعات لن تتركخى قبل أن يكون المريض مستعداً لذلك ؛ ورفع مستوى القلق معناه تفاقم الأعراض الإدمانية . ويستخدم المدمن إيمانه كدعامة لبنائه الدفاعى ؛ فدفاعات الأنا إلى جانب السلوك الإدمانى توفر له تحصينات انفعالية قوية ضد بشائر القلق ، وما يطلوها من أفكار ومشاعر تكمن خلف حاجز الكبت . ويعمل هذا الدفاع بشكل أساسى على صد وحجز صراعات الأنا الأعلى ، والوقوف فى وجه «عودة المكبوت» .

وعندما يتمكن المعالج النفسى من دفع المريض فى طريق التعافى ، تكون النتيجة زيادة ملحوظة فى نوعين من القلق ، الأول قلق الانسحاب وهو قلق فسيولوجى الطابع ، يتفرد به المدمن الذى مر بخبرة الأعراض الانسحابية ؛ والثانى هو القلق العصابى الناشئ من تصور انهيار دفاعات الأنا ؛ مما يسمح للأفكار والوجدانات المكبوتة أن تدخل مجال الوعى الشعورى . (محمود الزيايدى ، ١٩٨٧) .

## التحالف العلاجي

أساس النجاح فى العلاج بالتحليل النفسى هو إنشاء تحالف فعال بين المعالج والمريض. ويعنى التحالف قيام علاقة وثيقة ، فيها مصالح مشتركة وثيقة بين الطرفين، ومن خلال المجهود المشترك يستطيع المعالج والمريض إخراج المادة اللاشعورية والتعبير عنها عن طريق تلك العلاقة المقننة والمنظمة. ويفشل كثير من المعالجين فى إدراك الكمية اللازمة من الرعاية والانتباه والتروى وبعد النظر حتى ينشأ تحالف قوى مع المريض، فهذا التحالف العلاجي للفعال هو الذى يحدد مدى صمود العلاقة وقدرتها على تحمل الصراع والمواجهة.. بمباراة أخرى، مدى الثقة التى يحملها المريض للمعالج. ولا تنشأ هذه الثقة إلا من خلال للتجارب المستمرة، أى الاستجابات المتعددة من جانب المعالج ، والتى تثبت احترامه للواقع الذاتى للمريض. وأكرر، الواقع الذاتى، ؛ لأنه من اللازم أن يثق المريض فى قدرة المعالج على أن يرى ويحمل الخبرة أو المعاناة التى عاشها ، ويتمكن من رؤية العالم كما يراه لا كما يجب أن يراه .

إن السلوك الإدمانى أو رؤية المريض للعالم والتشبث بها تمثل محاولاته لإبقاء الحال على ما هو عليه ، وهو أمر يخدم مصلحة العمليات العصابية اللاشعورية، تلك العمليات التى تحمى المريض من الوعى بالعناصر المؤلمة وغير المعترف بها داخل حياته النفسية، كما أنها تدعم وتحفز البحث المستمر عن إشباع الحوافز غير الملائمة والعيش فى الخيالات والأوهام.

وعندما يصل المدمن إلى عيادة المعالج أو المستشفى.. فإنه يحمل فى جوارحه تاريخاً طويلاً من العلاقات بالآخرين فى العالم الذى يعيش فيه. وعادة ما يكون هؤلاء «الآخرون» قد فشلوا فى فهم المريض ومن ثم فهم ناقضون له عديمو الثقة فيه لا يفهمون مضمون ميكانيزماته الدفاعية: الإدمان ، الشره ، الرغبة فى تطهير الذات من الآثام كالاغتصام المتكرر ، وغير ذلك من أنواع السلوك القهبرى. ويكون المحال عندئذ فى مرفق فريد ؛ فهذا هو شخص جديد يدخل حياة المريض ويمكنه إدراك دفاعاته إدراكاً حقيقياً وصادقاً ومن خلال رؤيتها فى سياق التكيف -حتى ولو كان غير ملائم- ومن ثم إقامة تحالف معه .

وقد نرى أن المريض له رؤية معينة لواقعه، وقد نجد الأسرة لا تقبل تلك الرؤية أو توافق على إدراكه لما يحدث فى المنزل ؛ لأنهم يرونها بشكل مختلف تماماً. وإذا اتضح للمعالج أن ما يعانى منه المريض هو مشكلة إدمان حقيقية. وعادة

ما يلجأ المدمنون-خاصة للمقننين منهم- في الجلسة الأولى إلى التهورين والتقليل من شأن كمية ما يتعاطونه وغير ذلك من جوانب السلوك الإدماني. ولكن ما يجب أن يهتم به المحلل في تلك الجلسة الأولى ، هو التحقق أولا من صدق مدركات المريض ، أى مدى الاتفاق بين رؤيته لواقعه ورؤية الآخرين له ، وكذلك اتفاهه مع الواقع الفطلى المعاش . وهو لا يقوم بذلك بقصد التحقيق مع المريض أو محاولة إقناعه بخطأ معتقداته أو غير ذلك... .. إنما هذه هى طريقة التحليل النفسى فى بناء التحالف ، بما يؤدى فى المدى البعيد إلى نموه . ويعمل المعالج على أساس الفكرة التالية: أنه إذا وقع فى الخطأ الشائع وهو مهاجمة البناء الدفاعى للمريض (شأنه شأن كافة من تعاملوا مع المريض ولم يستطيعوا الوصول إليه) ، فإن العلاقة بينهما ستمسير فى الطريق نفسه المسدود ، مثلها مثل غيرها من العلاقات فى حياة المريض . ولذلك فإنه لكى نصل دفاعات المريض إلى المستوى ، الذى يمكنها من قبول المعاليج كشخص يوثق به ، لابد أن نبني خطوة إثر خطوة، أى يكتسب الاثنان الثقة فى بعضهما البعض بمرور الوقت .

وأول الأساليب لبناء تلك الثقة هو أن يوضح المعالج- بطرق مقننة- أنه لايرمى إلى مهاجمة دفاعات المريض مثلما يفعل الباقون، بل إنه شخص مختلف، مهمته الأولى أن يرى العالم من خلال رؤية وإدراك المريض . إن اتخاذ موقف انتقادى أو هجومى من تعبيرات المريض عن نفسه يمكن أن تؤدى إلى مانسميه بالموقف العلاجى السلبى، أى أن يجعل للمريض «ودن من طين وودن من عجين» ، أما إذا نجح المعالج فى تقبل وتصديق مدركات المريض.. فإن هذا الأخير سيدرك أن المعاليج قد فهمه ، ومن ثم يمكنه إقامة تحالف علاجى فعال مع معاليج يطمئن إليه .

( محمد محروس الشناوى ، ١٩٩٤ ، ص ٣٨٥ - ٣٨٧ ) .

### الطرح وتحليله

يأتى الأطفال إلى هذا العالم ، دون أى توقع للطريقة التى سيعاملون بها . زيدخلون هذا العالم الجديد كغريباء دون أى تاريخ من التفاعل ، ولا يعرفون ما إذا كان هذا العالم ودودا أو معاديا، منطقياً معقولا أو تحكميا استبداديا ، قاسيا أو عطوفا ، عادلا أو متحيزا . ومن خلال التفاعل مع الآخرين فقط يصلون إلى إقامة مجموعة من التوقعات فيما يتعلق بالذلت والآخرين . ويبدأ تفاعلهم مع العالم ونمو توقعاتهم منذ اللحظة التى يصلون فيها، وليس من الضرورى حدوث أى تبادل لفظى مع غيرهم ليبدأوا فى تعلم مهارات التصرف لزام أمور الحياة .

إن أولى مراحل نمو وجهة النظر إلى العالم، أى توقعات الطفل من الآخرين والنظرة الشاملة لطبيعة البشرية، فى رأى التحليل النفسى تنشأ من المقابلات والتعاملات الأولى مع من يعتنون بشئون الطفل، وهى التى تصبغ أنماط التفاعل التى تستمر طوال الحياة. وتستمر مثل هذه الأنماط حتى لو تعامل المرء مع الآخرين مثل الأقران والجيران والأقارب والمدرسين... إلخ، وتفسر ذلك نهجه فى القواعد التى تحكم تنظيم الأنا وما يصاحبها من نمو الشخصية.. فمضى انتظمت الأنا تعمل على تحديد العالم بطريقة تتفق مع الانطباعات الأولى. وتصبح شديدة المقاومة لإدخال أو هضم المعلومات التى تتناقض رأياها فى للعالم الذى كونه من قبل.

وعملية الطرح ما هى إلا استمرار للإدراكات والترفعات وأنماط السلوك ، التى يحملها كل فرد إلى كل علاقة يقيمها. وخلال للتحليل النفسى ، ينشأ الطرح فى سياق العلاقة العلاجية ويمكن تحليله بحيث يكشف المريض أصول وطبيعة صراعاته الأولى. ولما كانت وجهة نظر المرء إلى أمور الدنيا تضرى فى كل أفكاره وأفعاله ، فمن المستحيل إخفاءها فى أى علاقة. ولذلك يصبح من المألوف أن يبحث الناس عن الآخرين الذين يشاطرونهم آراءهم ويدعمون نظرتهم إلى الأشياء وأنماط التفاعل المترتبة عليها. ويتضح هذا بشكل سافر فى طريقة حياة المدمنين ، الذين يسعون دوماً إلى إحاطة أنفسهم بمن هم على شاكلتهم.

ويقوم الطرح بدور محورى فى العلاج. فهو يتيح فرصة مثالية للمريض للدخول فى علاقة تكون نوعاً من المختبر الإنسانى يتضح فيه الطرح ويحل، حيث يوافق المريض على أن يصبح موضوعاً للدراسة فى عملية تعليمية تربية مصممة للكشف عن أسس ودعائم نمو شخصيته . ويشق الطرح من جوهر البنية النفسية للفرد ويوقظ أو يثار فى إطار العلاقة العلاجية . ومن الناحية العملية لا يمكن للفرد تمييز الطرح ، فملاحظة الفرد لطرحة أشبه بمن يحاول رؤية الغاية من خلال الأشجار ، إذ يستحيل أن يعي المرء به بمفرده، أى دون الاستعانة بلغة التحليل النفسى يعنى نقل المشاعر أو تحويلها إلى شخص المعالج. ولما كان الموقف العلاجى لا يمكن أن يبرر ظهور تلك المشاعر .. لذلك يعتقد أصحاب التحليل النفسى أن تلك المشاعر موجودة من قبل ، وأنها تابعة من مكان آخر، لقد كانت جاهزة سلفاً وعندما منحت الفرصة فى الموقف العلاجى طرحت على شخص المعالج . ويطلق التحليل النفسى على رفض المريض أو مقاومته لمحاولة للمعالج تحليل الطرح اصطلاح «المقاومة الطرحية» .

ويحدث أول وعى بالطرح عادة فى شكل وحى أو إلهام ، بأن ولدا المرء ليسا كما كان يتصور أو يعتقد ، وانهما ليسا المثل الأعلى الذى يقتدى به. ويؤدى مثل ذلك

الإدراك إلى رفع الغشاوة عن عيني المريض ؛ بحيث يستبصر بالعلاقة السببية التي توجد بين خبرات الطفولة المبكرة وأنماط السلوك الإدماني التي تكونت في حياته فيما بعد.

إن وعى المريض بظاهرة الطرح يشعل فيه حب الاستطلاع ، ويشير لديه التلقائية والاندهاش ويخلق الثقة في طريقة العلاج بالتحليل النفسي وعند تلك النقطة في العلاج تبدأ العملية كلها-ربما لأول مرة- في أن تتخذ معنى لدى المريض، أما قبل ذلك فإن التزام المريض بالعلاج قد يكون راجعا إلى أسباب أخرى.

(Davison & Neale, 1994., pp: 35 -62)

### الذات والموضوع

هذا التعبير من المصطلحات التي أدخلها التحليل النفسي؛ فالذات تعنى ببساطة الأنا ، الشخصية ، الكيان النفسي للمرء، ما يعتبره كنهه وذاته وكيانه...إنها الصفات والسمات التي يعتبرها الشخص معبرة عنه. أما الموضوع فهم الآخرون. الأشخاص الآخرون الذين يصبحون موضوعاً لرغباته ، ويتجه نشاطه إلى التقرب منهم والتعامل معهم.. لذلك يكون نشوء التحالف بين المعالج والمريض هو بداية استمرار علاقات ذات المريض بموضوعاته ؛ الأمر الذي يثير في نفسه قلقاً عظيماً، ويتخذ المعالج وضع المثل الأعلى ، أى يعزو إليه المريض قوى وقدرات دفاعية، وهذا هو المعنى الحقيقي للتحالف كما يراه المريض، لأنه بذلك يسهل على نفسه التعامل مع قلقه.

فيعتقد معظم المدمنين أنهم لا يستطيعون العيش دون الأعراض الإدمانية ، التي يفضلونها ولذلك يجب أن يدرك للمريض المعالج على أنه شخص يوثق به ، ولديه القوة اللازمة للتعامل مع سيطرة الإدمان.

إن طبيعة العلاقة بالموضوع لدى المدمن المعتمد على المخدرات هي أنه يحرق شوقاً ليتحد مع الموضوع المثالي (الأب) ، ولكنه يخفاه في الوقت نفسه ؛ لذلك يدمن لعبة الاقتراب والابتعاد ، ويوفر له المخدر تمثيل تلك الدراما فيتعاظم ليعيش في أوهام القرب والاتصال ويتوقف ليعانى آلام الانفصال . إن المدمن يريد أن يعيش انفعالاته فيفتنهما في عالم المخدرات. ولكن «أناه» معيبة، إن بعض وظائفها معطلة منذ الطفولة لانتهيار العلاقة بالأب، ويعمل التحليل على أن يقود المريض في رحلة استكشافية ، توسع وتمد تعرفه الشعوري على ذاته بحيث يحيط بها كله ، وبالتالي يحرره من الحاجة إلى التأثير الزائف للمخدر باعتباره واسطة ، يستعين بها على الدخول إلى أجزاء نفسه ووظائفها المخترية عنه.

ويقود المعالج المريض بحكمة إلى إقامة علاقة فريدة من نوعها .. علاقة فيها التقبل والتعاطف والفهم، ومن خلال هذا الالتقاء قد ينشأ لدى المريض إحساس أكبر باللغة فى قدرته على أن يغذى نفسه وجدانياً من الآخرين، بدلا من التأثير المؤقت المهدئ للزوع والمطيب للخطر- ولكنه مدمر فى نهاية الأمر- المستمد من الأعراض الإدمانية . فالعملية الطبيعية للغمز والتطور ، التى تحدث عندما يفعل الإنسان مع عالمه ؛ أى عمليات تسجيل الانطباعات واستيعابها وإدماجها فى عالمه ، تتوقف ويتأهبها الخلل والفساد خلال الإدمان. ويجب أن تنطلق تلك العملية مرة أخرى خلال التحليل النفسى. وفى البداية لا يثق المريض كثيراً فى تلك العملية ؛ حيث إنه سبق له تجربتها ووجدوها غير ملائمة وهجرها مفضلاً السلوك الإدمانى.

ولذا عندما يبدأ للمعالج التعامل مع المريض المتوقف عن التعاطى ، فإنه يدرك أن المريض قد انهار نفسياً خلال فترة الامتناع الأولى عن تعاطى المخدر، وكانت الأنا تقوم بوظائفها فى التعامل مع الدفقات الغريزية بكفاءة ، ولكن بشكل مصطنع قبل الامتناع . إن الأنا مطالبة بأن تنظم وتواجه وتحمى المرء من دفعاته الغريزية؛ ولكن عند التوقف تغمرها موجات من القلق والمخاوف ، تكون نذيراً بأنها على وشك الانهيار وفقدان التوازن. وكان الإدمان قبل ذلك هو الذى يقوى الأنا ويحصنها ويخلق توازناً زائفاً ؛ أما خلال الامتناع فيجب أن يوفر للمعالج النفسى تمصينات خارجية لدفاعات الأنا ؛ حتى يمكن للمريض من الانتقال من العرض إلى الموضوع ، أى من الاعتماد على الأعراض الإدمانية للحصول على راحة للنفس إلى الاعتماد على الآخرين للحصول عليها. (محمد حسن غانم ، ٢٠٠٥) .

وعندما يصل العلاج إلى هذه النقطة ، يكون المريض قد استعاد صورة مقاربة للعلاقة الالدية الأولى ، التى فشلت فى فهمه وتدعيمه انفعالياً. فعند الامتناع وتوقف الأعراض الإدمانية تستيقظ لدى المريض خبرات الطفولة الانفعالية الداهمة والقلق والإحساس بالخذلان والضعف. وفى الفترة المبكرة من الحياة كان فى استطاعة الطفل أن يتمكن من السيطرة على الإحباط والقلق من خلال الاتصالات المتكررة مع الوالدين خاصة الأم ؛ حيث يتم تهدئة روعه وتطبيب خاطره بالفعل لفظيا وجسميا. وهكذا يضمن لديه إحساس بأنه يمتلك قدرة أو حكمة داخلية ، تمكنه من تحمل الإحباط ومواساة النفس بشكل مناسب. ويتعلم أنه يستطيع مقاومة الأحاسيس المؤلمة وغير السارة ، وإحتمالها باستخدام أساليب وإستراتيجيات الوالدين ، والتى تصيح فى النهاية أساليبها هو نفسه. ونحن نعلم طبعاً تلك الأحاسيس المؤلمة «المقدور عليها» التى ستحدث بلا شك فى حياة كل إنسان ويتعلم مواجهتها والسيطرة عليها ، وهى تحدث

عادة عندما يوجد اختلال أو عدم انسجام بين الذات وموضوعاتها أي الأبوين ، يترتب عليه الإحساس بخيبة الأمل أو للخذلان ولكن في مستوى غير صادم تجاه موضوعات الذات وهو ما أطلقنا عليه الإحباطات «المقدور عليها» .

ولكن عندما تزداد الإحباطات وتصبح صادمة كاسحة بالنسبة للطفل ، وتنشأ عنها اتصالات خاطلة بين الأم والطفل بسبب الإهمال أو غير ذلك ، ينشأ عندئذ عديد من صور الاضطرابات:

وإن استعادة أو تلخيص العلاقة المبكرة بين الولد والطفل في سياق التحليل النفسي لها تحدياتها التي تتطلب درجة عالية من المهارة؛ إذ يجب على المعالج أن يتناول بشكل بناء مقاومة المريض حتى يستطيع أن يجعله يرى عالمه بشكل أكثر واقعية ، من خلال شق الطريق خلال المسائل ، التي لم تحل خلال طفولة المريض . وتوفر تلك العلاقة للمريض فرصة لاستعادة أو تكرار فترة سابقة في نموه النفسي وتصحيح التنظيمات الدفاعية سيئة التوافق والتي أدت إلى رجمانه . ويصبح هذا الإنقشاع الناجم من الإيمان إلى الاتصال الانساني المتحسن مع المعالج هو الشكل العام للعلاقة بالعالم ككل. (Campbell, A. 1989, pp. 10-14)

#### جعل اللاشعورى شعوريا :

يؤكد العلاج بالتحليل النفسي حقيقة أنه من الضروري أن ندرك الدور الذي يلعبه اللاشعور في الحفاظ والإبقاء على سوء التكيف المتضمن في العملية الإدمانية؛ فالدفاعات التي يقويها السلوك الإدماني إنما وجدت في الأصل لصد وإبعاد القلق . وهذا القلق علامة وإنذاراً بأن أفكاراً غير سارة ومزعجة بما يصاحبها من وجدان، تحاول شق طريقها إلى الوعي أو الشعور . إن كبت الرغبات غير المقبولة في اللاشعور يستهلك كمية ضخمة من الطاقة الإنسانية ، وتعمل النفس باستمرار على دفع تلك المادة المكبوتة إلى الشعور حتى تحرر الطاقة المستخدمة في إيقائها تحت سيطرة اللاشعور وتنفيد بها ، إذ إنها طالما بقيت في المستوى اللاشعورى ، لا تستطيع النفس استخدامها في أنشطة بناءة كالعمل والحب . مادام ظلت تلك الأفكار المندرة بالخطر قابضة على المستوى اللاشعورى ، فإنها تستنزف الطاقة وتسعى إلى التعبير الرمزي والسيطرة على الفرد . وتكون مهمة المحال مساعدة المريض على تحرير المادة اللاشعورية وإطلاقها من عقالها ؛ حتى تصل إلى الشعور ، وبالتالي يتمكن المرء من إحكام السيطرة على حياته .



ويلاحظ المعالجون كيف أن دفاع الإنكار لدى المدمن يمنعه من أن يعي بالواقع المؤلم ، فيما يتعلق بطبيعة السلوك المدمر للذات ، الذي يقوم به وغيره من الوقائع المؤلمة التي سبقت بدء الإدمان . ورغم أن وقائع المزم ( للمريض ) قد تكون واضحة وصور الشمس لغيره ، فإن المريض لا يلحظها ، أو لا يستطيع رؤيتها . وهذه الأمور التي لا يستطيع المريض أن يدمجها في وعيه هي ما نسميه باللاشعور . والمعالج المتحمس أو قليل الخبرة ، كثيراً ما يلج على المريض في بداية العلاج أن يرى ويلحظ ما يعتقده المعالج والأسرة أمراً واضحاً تماماً ، وغالباً ما يحاول ذلك عن طريق المواجهة . ول سوء الحظ .. فإن هذه الطريقة تعمل على حشد الدفاعات ضد المعالج ، وضد المادة اللاشعورية التي يريد أن يخرجها إلى النور ، وسوف تنهار تلك وتسمح للمادة الشعورية المحمية والمحصنة أن تظهر فقط في حالة استطاعة المريض أن يتحمل إدماج تلك المادة ضمن القلق المحتمل لديه . وتكون وظيفة المحلل أن يراقب ويتنبأ - إلى الحد الذي يستطيعه ويمكنه - ويوجه أو يحس نظرة المريض الكلية إلى العالم والحياة ؛ لأنه لأول مرة يستطيع الثقة في عملية النمو نفسها . وهو الشيء الذي يشير إليه أصحاب الخطوات الإثنى عشرة بالصحة الروحية . فيترجم وجود المريض كله بعيداً عن مجرد تدعيم وإبقاء انتمط للمعتاد من السلوك وتجلب القلق الناشئ عن ذلك ، وبدلاً من ذلك يتعلم كيف يراجعه ويفهم الأساس للتاريخي لقلقه ، ومن ثم يحرر نفسه من أغلال ماضيه .

ويحاول المعالج دائماً أن يعي بمستوي القلق لدى المريض ، فالكثير من القلق يدعو دفاعات المريض إلى خلق طريق مسدود أو للهروب والتخلي عن العلاج ، أما إذا بلغ التوتر والقلق مستوى قليلاً جداً .. فإن المريض قد يفقد دافعيته للاستمرار في العلاج . ( صفاء خريبة ، ١٩٩٨ ، ص ص ١٩٥ - ١٩٩ )

**التفسير**

يتضمن التفسير مساعدة المريض على فهم سلوكه الراهن باعتباره نتاجاً للماضي والعلاقات والمواقف الحالية ، وهو الأداة التي يستعملها المعالج ليرخي العنان للمادة اللاشعورية بحيث يجعلها متاحة أو معروضة على عقل المريض الواعي . والسبب في أننا نطلق عليها تفسيراً هو أن عملية التفكير اللاشعوري ، لا يمكن الوصول إليها ما لم يكن هناك سفير أو واسطة فعالة يخدم كمترجم بين المجالين الشعوري واللاشعوري .. ولكي يكون الإنسان مترجماً جيداً ، يجب أن يكون على دراية وألفة بالعمليات الفكرية اللاشعورية الخاصة للفرد ، وأن يكون بشكل خاص على

معرفة عميقة بالطريقة المنفردة (أو الوحيدة من نوعها) ، التي يتصور بها المرء نفسه وعالمه . وهى عملية تشبه قيام الغير بعملية ضابط الإتصال بين بلدين يختلفان فى التقاليد الفلسفية والثقافية . وما لم يكن المفسر على دراية بعادات وتقاليد البلد الآخر .. فسيكون من السهل أن يقع -عرضاً- فى خطأ اجتماعى أو يفشل فى توصيل رسالة هامة .

وعادة نجد المعالج يقدم تفسيرات إما متقدمة عن موعدها أو أعرق من اللازم مؤسسة على فهم محدود أو قاصر لتصور المريض لنفسه ، ومثل هذه التفسيرات لا ترفض لأول وهلة فحسب (من جانب المريض) ، بل تخلق شقاقاً بين المحلل والمريض قد لا يمكن للتغلب عليه أو يستحيل إصلاحه . ومن الأمور المعتادة أن نسمع بعض المعالجين (من غير مدرسة التحليل النفسى) يشكون من أن العلاج بالتحليل النفسى يستغرق وقتاً طويلاً حتى يحقق أهدافه . ولكن المحلل النفسى المسئول لا يخاطر بتعرض تقدم المريض للخطر بأن يفترض افتراضات عن حياته الداخلية ، قبل أن يفهم كيف يدرك المريض عالمه وموقعه فى هذا العالم .

أما التفسيرات القعالة أو التى تؤتى ثمارها ، فهى التى تقدم إلى المريض بروح الأمانة والتساؤل الأمين الشريف ، مؤكدة العمل المشترك والتعاون بين المريض والمحلل لاستكشاف ورفع السد عن الحقائق المخيفة والكامنة وراء حواجز كبت المريض . ولذلك .. فإننا نمح المريض دائماً للفرصة ليعبر عن انزعاجه أو استقلاله بأن يرفض التفسير ، أما المحلل المحنك فهو الذى يجعل اللقاء التحليلى مكاناً مريحاً للمريض يتناول ويقبل فيه أى تفسير إذا كان ميالاً إلى ذلك . واتباعاً لهذه القاعدة من المرغوب فيه أن تقدم للتفسيرات بشكل تقريبي أو فى شكل سؤال ، هل يمكن أن يكون الأمر... ربما كانت المسألة .. «أسماء» إذا كان .. فمثل هذه الأساليب تسمح للمريض بأن يستجيب على راحته سواء فيما يتعلق بتوقيت أو عمق التفسير . ومن المهم أن يقيم المحلل أو يقدر مدى احتمال المريض لشكل معين من أشكال التفسير ، ولا يجب أن يقلل من شأنه ؛ فسر التحليل الناجح يكمن فى قدرة المحلل بتدخل ما أو يريد أن يؤثر تأثيراً ما أو يكون لكلامه وقع ما .. فإنه يفعل ذلك لأن لديه من الفهم ما يجعله يقرأ علامات أو إشارات المريض قراءة صحيحة ، فيخبره بما هو مستعد لسماعه . فإذا كانت التفسيرات صحيحة فإنها تكون القاعدة التى يستطيع المريض أن يطلق منها ليجتهد أو ينجز استبصاراً مستقلاً بشأن الأسرار النفسية والمخفية ، مستعيناً بشخص كان يصنئ إليه باهتمام ، والتفسير الدقيق أو الصحيح لا يقدم كمفاجأة للمريض فحسب ولكنه يعتبر أيضاً سلوكاً أو تطبيقاً خاطئاً من جانب المعالج للمريض ،

وعندما لا يظل القلق عند مستوى يمكن استيعابه والمسيطر عليه إما لأنه لا يوجد قدر كاف من التسرية والمواساة أو بسبب حقائق أخرى داخلية .. فإن الفرد سيكون أكثر ميلاً إلى اللجوء إلى دفاعاته السابقة ضد القلق ، أى الإدمان .

وفى كل الحالات .. فمن الضروري أن يكون المعالج على المرحبة نفسها مع مستوى قلق المريض ، قبل أن يقدم على أى تفسير .

انظر فى هذا الصدد :

(صفاء خربية ، ١٩٨٠) (Blanc & Blanc., 1974)

(Yalom, 1, 1983) (CRoce, 1987., PP. 228-247)

ولن يكون العلاج للمدمن آمناً ونافعاً الا بخلق مناخ آمن ، وقدرة المعالج على مواجهة ما ينشأ من مشاكل إبان العملية العلاجية .

(Hahn, W., 1993., pp. 223 - 235)

مزايا تيار التحليل النفسى :

- ١ - تعد نظرية رائدة نحتت طريقاً جديداً فى سبيل فهم الإنسان للإنسان .
- ٢ - أدركت أهمية اللاشعور .
- ٣ - فطنت إلى التحيل الدفاعية .
- ٤ - أملت بوحدة الأنداد وصراعهما ، بدلا من تسطيح الأمور والانسحاق وراء المنهج الأرسطى .

عيوب النظرية والتحفظات عليها :

- ١ - الغيبيات فى كثير من المفاهيم مثل : اللبيدو
- ٢ - انتماء النظرية بالماضوية أكثر من اهتمامها بالحاضر والمستقبل .
- ٣ - نظرية خطية ، فما حدث فى الماضى هو الذى يحدد ما سيأتى فى المستقبل ، أى إن الإنسان أسير الماضى وكأن الإنسان فاقد للإرادة وإعمال العقل فى محارلته للخروج من أسر الماضى .
- ٤ - قللت من أهمية الإنسان فى الوسط الاجتماعى الذى يعيش فيه ، كما قللت من شأن إرادته وقدرته على تصحيح مساره .
- ٥ - التعميمية للجارفة . فما رآه فرويد على الطبقة الوسطى فى فيينا قد عممه على البشر كلهم .

٦ - اختزال التوتر كنموذج يحكم سلوك الانسان والتركيز على الدفعات والحوافز البيولوجية ، وعدم التركيز الكافى على العوامل البيئية والثقافية .

٧ - الرؤية التشاؤمية لطبيعة الإنسان .

٨ - الغالبية العظمى من المفاهيم تستعصى على التحقيق التجريبي .

٩ - التركيز المفرط على الدافع الجنىسى وعده حجر الزاوية Corner stone .

١٠ - فكرة أن الصراع كله داخل الإنسان ، بدلاً من كونه انعكاساً للصراع الخارجى .

١١ - الافتراض أن الاستبصار وحده سوف يؤدى إلى تعديل السلوك .

١٢ - العلاج بطريقة التحليل النفسى تستغرق وقتاً طويلاً جداً ، من ٣-٥ ساعات إسبوعياً لمدة من ثلاث إلى خمس سنوات أى أكثر من (١٠٠٠) ساعة من الجلسات العلاجية .

١٣ - المبالغة فى حجم اللاشعور ، واللاشعور بجبل الجليد الموارى فى الماء، وأن الذى يظهر هو السطح وهو نسبة صغيره (الشعور) وهذا يعد (قليل) للأمور . فحجم اللاشعور هو (الأصفر) ، أما الشعور فيمثل الجزء الأكبر من حياتنا النفسية .

(رشدى قام منصور، ٢٠٠٠، ص ص ٣٢-٣٤) .

### ثانياً : النظرية السلوكية :

مثلاً ذكرنا فى نظرية التحليل النفسى من أنه لا توجد نظرية واحدة بل عدة نظريات ، فإن الأمر كذلك فى للنظرية السلوكية والتى تضم تحت مظلتها عديداً من الاتجاهات ، إلا أننا نبرز الآن أهم الصفات التى تجمع بين الاتجاهات والتيارات السلوكية ، والتى تشترك فى :

١ - تنهض جميع المدارس السلوكية على مسلمة مؤداها : أن معظم أفعال البشرية سوية أو لا سوية ، هى سلوك متعلم ، ومن ثم يمكن تعديلها باستخدام أسس التعلم إذا توافرت الظروف الملائمة للتغيير والتعديل .

٢ - أن السلوك اللاسوى هو عبارة عن فشل فى التعلم ، والذى ينقسم بدوره إلى فشل فى تعلم مهارات التعامل مع البيئة ، أو تثبيت (أو تدعيم) سلوك لا سوى غير مناسب .

٣ - أن معظم الافراد لديها سلوك غير سوى أو مشكل..إلا أن درجة هذا (الاشكال) تختلف..لكن حين تصل إلى درجة معينة فلا بد من التدخل العلاجى.

٤ - كل السلوك الإنسانى سواء كان مشكلا أو غير مشكل يقع فى سياق مقدمات وعواقب بيولوجية..والمقدمات هى التى تهىء الفرص لوقوع استجابات معينة، كما أن للنتائج قد (تدعم وتثبت وتقوى) هذا السلوك..ومن هنا فإن من الضرورى دراسة العوامل والمهيلة والناجئة أو المترتبة على السلوك حتى يمكن أخذها بعين الاعتبار.

٥ - لابد من دراسة هل (النتائج) التى تترتب على السلوك ، هل تقدم (ثواب) أو (لذة) للشخص، بغض النظر عن طبيعة هذا السلوك (وما إذا كان مشكلا أم لا)..**لأن إحساس الفرد بحصوله على (نتائج إيجابية) من (هذا السلوك) سوف يؤدى به إلى (تكراره) .**

٦ - تؤكد جميع الديارات السلوكية إهمال الماضى، والتركيز مع الحاضر..لدرجة أن غالبية الديارات السلوكية ترى أن الاعراض = المرض، ومن ثم فإن التركيز والعمل على إزالة الأعراض يقود إلى الشفاء والتعافى.

٧ - أن غالبية انيارات السلوكية تركز على عملية التعلم ، من خلال:

- أ - نموذج الإشراف الكلاسيكى Classical Conditioning model حيث يتم (تبديل) منبهات أو مثيرات قديمة بمثيرات (جديدة) أو (بدلية) .
- ب - نموذج الإشراف الإجرائى Operant Conditioning model ، ويركز على عملية (تقبيد) أو (تبديل) أو (تعديل) النتائج المترتبة على السلوك.

ج - نموذج التعلم عن طريق الملاحظة The observational Learning model ويركز على إمكانية التدريب على (سلوك جديد) بواسطة ملاحظة للشخص ورؤيته (لنموذج) يقوم بهذا السلوك (المراد اكتسابه فى نهاية الأمر).

د - نموذج التنظيم الذاتى Self-Regulation model ، حيث يقوم الشخص (ذاته) بتدريب (ذاته) على نماذج من السلوك يجب أن يقوم بها فى السياق الاجتماعى.

- ٨ - إمكانية الجمع بين هذه النماذج وغيرها فى التعامل مع السلوك المشكل.
- ٩ - إن نتائج العلاج السلوكى تركز على مقدار (التغيير) و (التعديل) الذى انتاب السلوك ، وأن المقارنة بين (السلوك) قبل وبعد العلاج مهمة جدا كمحك فى (الحكم على نجاح) العلاج ، وليس هناك محك آخر أكثر صدقا من ذلك.
- ١٠ - ان العلاج السلوكى يركز (و فقط) على السلوك الخارجى . أما مسألة (الدافعية-الصراعات..ميكانيزمات الدفاع...إلخ) ، فهى مسائل لا يجب أن يتعرض لها المعالج لأنها على حد قولهم ليست ذات قيمة .  
لنظر فى هذا الصدد:  
(لويس مليكه ، ١٩٩٠) (عبد الستار ابراهيم ، ١٩٩٣)  
(Wessler & fankin., 1988) (Hollander & Kazaoko., 1988)
- بعبارة أخرى .. فإن العلاج السلوكى يركز على المسلمات الآتية:
- ١ - إن للمعالج السلوكى يركز على الأعراض التى يعانىها الشخص ، دون أن يتطرق إلى دراسة أو تناول أو حتى السؤال عن تفسيرات تبعده عن الأعراض.
- ٢ - إن عمليتى التشخيص والعلاج فى طرق العلاج السلوكى شيئان متاحمان.. وإن المعالج السلوكى عندما يقوم بعملية التشخيص ، فإنه يبحث عن الشروط التى أحاطت بعملية التعلم المرضى، وهى الأسباب التى إذا أمكن إزالتها تحقق الشفاء، وبالتالي العلاج.
- ٣ - يركز المعالج القوى على هدف واحد وأساسى هو: إزالة الأعراض دون الافتراض بأن (العرض قد يخفى مرضاً، وأن إزالة العرض قد تخفى المرض ، ويأتى بأمراض أخرى لها أعراض مرضية أخرى) .
- ٤ - تؤمن بأن علاج الأعراض وحدها لا يؤدى الى ظهورها فى شكل اعراض بديلة .
- ٥ - إن العلاج السلوكى ، وإن كان يعتمد على الحقائق التجريبية .. إلا أنه يستظل أساساً بعباءة نظريات التعلم، ولهذا ينظر المعالج السلوكى إلى جميع أنواع السلوك الشاذ واللاسلوية على أساس أنها (متعلمة) ، ومن ثم

أيضاً عن طريق التعلم يمكن تعديل السلوك (مصادقاً لقول الشاعر العربى:  
ودوائى بالتي كانت هى الدواء).

(عبد الستار ابراهيم وآخرون، ١٩٩٣، ص ص ٣٩-٤١).

#### المدرسة السلوكية وعلاج الإدمان:

بناءً على كل ما سبق، تنهض غالبية (الممارس السلوكية العلاجية) فى التعامل مع مشكلة الإدمان (أو حتى للتدخين على أساس أنه اعتماد على النيكوتين، ويقود إلى أعراض الإدمان نفسها) على عدة حقائق:

- إن الإدمان يؤدي إلى اكتساب سلوكيات جديدة.
- إن هذه العادات قد أخذت (مع التكرار) شكلاً أكثر رسوخاً، بل وتخدم استمرار تعاطيه الإدمانى.
- إن التخلص من هذه العادات لن يكون هيناً، ولكنها مع ذلك ليست مستحيلاً.
- لا بد من (التعاون) بين المدمن والمعالج. لدرجة أن عديداً من المعالجين السلوكيين يصر على ضرورة تحرير (عقد علاجي) مع المريض؛ حتى يعرف (المدمن) حقوقه وواجباته.
- يكلف المدمن العديد من (الواجبات المنزلية)، ويجب أن يلتزم بتنفيذها وإلا عد ذلك (خرقاً) وعدم التزام يهدد للعقد.
- ولعل من أشهر الطرق فى هذا الصدد طريقة: بودن Boudin، والتي تعتمد على ثلاثة أسس، وهى:

- ١- لا بد من ضرورة تدريب المدمن على كيفية ملاحظة ذاته، وأن يسجل كل ما يصدر عنها من سلوكيات.
- ٢- لا بد -أيضاً- أن يدرّب على كيفية تقييم الذات، بناءً على ما يصدر عنها.
- ٣- وضع برامج تهدف الى تعديل السلوك، تكون (مبيلة) و(قائمة) على أساس الخطوتين السابقتين فى (٢، ١).

وكلما نجح المدمن فى خطوه، صعدته المعالج إلى خطوة أخرى، ويستغرق إنجاز هذا البرنامج بضعة أشهر، وأن هذا البرنامج مرن، ويمكن تطبيقه على مدمنين داخل مصحات للعلاج، كما يمكن تطبيقه على مدمنين يتربدون على العيادات

الخارجية After Car .. مع الأخذ فى الاعتبار أن هذا العلاج يقتضى توافر مجموعة من الشروط فى الشخص ، مثل :

- التعاون .
- الدافعية .
- درجة من التعليم .
- إتقان مهارة وصف المشاعر وكيفية التعبير عنها (كتابة) .
- درجة عالية من (الاستبطان) ؛ أى تفسير مشاعره وسلوكياته التى تصدر عنه .
- وجود دعائم مشجعة فى البيئة (الخارجية)
- وجود مساندة اجتماعية ، سواء من الأسرة أو الرفاق .

(Boudin, et al., 1977)

- كما يمكن استخدام طريقة (إليس) ، والتى تسمى : طريقة العلاج العقلانى- الانفعالى ..حيث تنهض هذه النظرية على مجموعة من الأسس ، مثل:
- إن أى إنسان لديه مجموعة من الأفكار العقلانية واللاعقلانية .
- إن الأفكار العقلانية تقود إلى السواء ،عكس الحال فى (تبلى) الشخص لأفكار غير عقلانية .
- إن العلاج يقوم على (دحض) الأفكار اللاعقلانية ، وتزويد الشخص بأفكار عقلانية .
- (محمد حسن غانم، ٢٠٠٢، ص ص ١١٤-١٣٢) .

ولذا فقد قدم عديد من العلماء السلوكيون الذين ينتمون الى هذه المدرسة تجريتهم فى علاج المدمنين باستخدام هذه الطريقة ، والتى تنهض على (دحض) الأفكار اللاعقلانية) لدى المدمن تجاه المواد المخدرة ، مثل:

- أنه لا يستطيع أن يحيا دون المخدر .
- أن المخدر يجعله أكثر نشاطاً ومرحاً .
- أن المخدر يساعده فى (ممارسة الجنس) .
- أنه لو توقف عن تعاطى المخدر .. فسوف يدخل فى جحيم الأعراض الانسحابية .



- أنه ضعيف أمام المخدر.

- أن الانتكاسة واردة ، حتى وإن استمر فى العلاج والتوقف فترات طويلة .

- أن الذين لم يجربوا الإدمان من السهل عليهم أن يحكموا علينا بالفشل .

- أن للمخدر هو (الحياة) .. وإذا انقطع عنى المخدر فسوف أفقد حياتى... إلخ.

(Newman, 1990., pp. 215-216)

(Altman. et al, 1991., pp. 369-390)

ومن ثم .. فإن العلاج وفقاً لهذه الطريقة يسير كالآتى:

- ١- تعرف أفكار الشخص ( المدمن ) غير المنطقية وتعدد غير العقلانى منها.
- ٢- إخبار المدمن بأن استمرار اضطرابه إنما يعود إلى تمسكه بمثل هذه الأفكار غير العقلانية (مع ذكر أمثلة واقعية من سلوك المريض تؤيد هذا الكلام) .
- ٣ - تغيير أفكار المريض بعدد من فنيات هذا الاتجاه .

٤- إلغاء الأفكار غير العقلانية وإرساء أفكار عقلانية جديدة تحل محل الأفكار غير العقلانية ، بحيث يتجنب المدمن (مستقبلاً) ، الوقوع ضحية لأفكار غير عقلانية والخلاصة أنه يتم (دحض) للأفكار غير العقلانية مما يؤدى إلى أثر ذات محوريين:

الأول : أثر معرفى Cognitive effect

الثانى : أثر سلوكى Behavior effect

ومن ثم تصبح الافكار غير العقلانية ..عقلانية (Beck., 1993)

كما يوجد أيضاً العلاج المعرفى السلوكى ، والذي يستخدم فنيات التشريط للتفجيرى المعرفى..والذى يساعد فى نهاية الأمر على إخفاء عادة الإدمان..مع استخدام التدريبات العلاجية والتي تعتمد فى جزء كبير منها على: مهارات التأقلم ، وكيفية التعامل مع القلق..حيث يؤمن أصحاب هذا الاتجاه بحقيقة مؤداها: أن القلق هو المحرك الأساسى للإدمان والاستمرار فيه، ولذا فإن التركيز على الإدمان، فى حد ذاته لا يفيد ، بل يجب ان نتصدى أولاً للتعامل مع (القلق) ، ومن ثم سوف نجد (مباشرة) أن جميع سلوكيات الإدمان قد اختفت .وقد تم (تجريب) هذه الطريقة بدجاح ، (على حد نتائج عديد من الدراسات)؛ خاصة فى مجال الاعتماد على النيكوتين والاضطرابات المرتبطة بـ Nicotine-Related Disorders..إضافة إلى

استخدم عديد من فنيات هذه النظرية ، مثل : للتدريبات على حل المشكلات ، وإعادة البنية المعرفية ، تعلم مهارات المواجهة، ضبط الذات ، وإحداث تعديلات فى السلوك من خلال التدريب على أنماط سلوكية معينة .إلخ .

انظر فى هذا الصدد:

(Sadava & Weithe., 1985) (Hirschman & Leventhal., 1989)

ومن الجدير بالذكر أن كثيراً من المعالجين يستخدمون الفنيات المتعددة للتأهيل السلوكى (أو للتغيرات السلوكية ان جاز التعبير) فى التعامل مع عديد من صور ومجالات اضطرابات السلوك ، بل وتحقق للدوريات السلوكية بذكر مثل هذه الحالات، بل وذكر النتائج الإيجابية لمثل هذه التدخلات العلاجية، بل يصل الأمر أحياناً ببعض السلوكيين إلى ان يقارن ما بين النتائج (الكمية -الإحصائية) التى حصل عليها (هو وزملاؤه) بمقارنة ما توصل إليه (المعالجون النفسيون ذوو التيار التحليلى الدينامى) مبرزين فى الوقت نفسه- النجاحات للساحة لهم فى مجال التعامل مع الاضطرابات (بمختلف أنواعها) .

انظر على سبيل المثال: (Franks, Barbrack., 1986)

### مزايا العلاج السلوكى :

- ١- يعتمد العلاج السلوكى على الدراسات والبحوث التجريبية المعملية المضبوطة فى ضوء نظريات التعلم ، والتى يمكن قياس صدقها قياساً تجريبياً مباشراً .
- ٢ - يركز على المشكلة أو للمرض مما يسهل وجود محك ، نحكم به على نتيجة العلاج .
- ٣ - ييسر للمعالجين استخدام اساليب مختلفة لعلاج الأنواع المختلفة من المشكلات النفسية .
- ٤ -يسعى إلى تحقيق أهداف واضحة محددة ، حيث يلعب الفعل دوراً أهم من الكلام .
- ٥ - يستغرق وقتاً قصيراً لتحقيق أهدافه مما يوفر الوقت والجهد .
- ٦ - يتيح علاج أكبر عدد ممكن من المرضى من كافة المستويات الاجتماعية والاقتصادية .
- ٧ - يمكن أن يعاون فيه كل من الوالدين والأزواج والمرضات بعد تدريبهم .

- ٨ - يستخدم بنجاح كوسيلة وقائية.
- ٩ - يفيد بديلاً للعلاج التقليدى فى علاج كثير من المشاكل السلوكية، وتطبيقاته أوسع من أى بديل آخر؛ لأنه يتناول تصحيح المبادئ للباطلة والمهيئة لدى الأشخاص.
- ١٠ - يبدو مستقبلاً أكثر أمناً من طرق العلاج التقليدى الأخرى.
- (حامد زهران ، ١٩٩٧ ، ص ٢٥٦) .

#### العيوب :

- ١ - الاقتصاد على تعديل السلوك الظاهر دون أخذ الجانبين الآخرين - المعرفى والانفعالى - فى الاعتبار.
- ٢ - الإهمال للشق المعرفى .. ذلك الشق الذى يميز الإنسان بما هو إنسان، ويجعله يبدأ من حيث انتهى الآخرون نتيجة استخدامه اللغة واختراع الكتابة.. ولذا فقد ظهر علم النفس المعرفى كرد فعل لترجيه السلوكية الإمبريقي المتطرف لتصحيح المسار .
- (رشدي فام منصور. ٢٠٠٠ ، ص ص ١١٥-١١٦) .
- ٣ - أحياناً يكون للشقاء وقتياً.
- ٤ - يركز على التخلص من الأعراض، وبذلك يزول العصاب، والأمر فى الأمراض النفسية عادة ليس بهذه البساطة.
- (حامد زهران ، ١٩٩٧ ، ص ص ٢٥٧-٢٥٨) .
- ونكتفى بهذا القدر من الحديث عن أشهر تيارين فى علم النفس ، هما : التيار الدينامى والتيار السلوكى.. إلا أن ذلك لا يمنع من وجود إسهامات أخرى فى مجال علاج الإدمان.. سوف نتعرض لها فى ثنايا الفصل القادم.



## الفصل الرابع

### قضايا واستشكلات في علاج الإدمان

- عناصر الموقف العلاجي .
- المحاور الخاصة بعلاج الإدمان .
- الفريق العلاجي للإدمان .
- المدمن المنتكس .
- خطة التعامل مع المدمن المنتكس .
- الأخصائي النفسي وعلاج الإدمان من البداية إلى النهاية .



## الفصل الرابع

### قضايا واستشكلات في

### علاج الإدمان

---

#### مقدمة:

تثير قضية الإدمان عدداً من القضايا والاستشكلات.. وقبل أن نتعرض سريعاً لهذه القضية ، يجب أن نشير إلى أن الموقف العلاجي يتكون من ثلاثة عناصر مهمة: عناصر الموقف العلاجي ، وهذه العناصر هي:

أولاً: المريض: وهو ذلك الشخص الذي يعاني من آلام عضوية ونفسية معينة مع العلم بأن الشكوى قد تكون مقبولة، وقد تكون مرفوضة وفقاً لقدرة الفرد على تحملها، وكذا مقدار انتشار الإحساس بالألم. ووجود شكوى يعني أن هناك ألماً مصحوباً بألم ورغبة في القضاء عليه ؛ أي مجرد وجود ظاهرة للشكوى من المرض يعني ضمناً وجود إمكانية العلاج. وإذا كانت هناك فائدة ما للألم ؛ إذ إن هذا الألم يكـ ؛ مؤشراً على وجود للمرض، ودافعاً في الوقت نفسه للقضاء عليه. والألم بطبيعته يمثل حالة غير مرغوب فيها؛ فهو يعطي الرغبة في القضاء على نفسه، كما أن وجوده يعني نفياً لحالة الراحة أي نفياً للذة بعبارة أخرى .. فإن للمرضى كحالة مؤلمة يعنى نفي الصحة كبديل تسعى إليه. والعلاج إذاً هو السعي للقضاء على الألم والمرض من أجل الوصول إلى الصحة والسعادة والسواء (وللخوف من الاضطراب) .

وإذا كان للعلاج هو محاولة القضاء على الألم، وإن الألم (وفقاً لقوانينه الجـ ديدة) يسعى إلى القضاء على نفسه.. فلماذا إذاً وجد العلاج ، بل وتأسست للمؤسسات العلاجية؟

واقع الأمر أن للمجتمع- أي مجتمع- في تطوره إنما يسعى إلى (التخصص) بل وفرض ذلك على أفرادهِ ، عكس حال للطبيب قديماً والذي كان يسمى (حكيماً) لإمامه بطرف من كل العلوم.. وكان (مثقفاً) بالمعنى الشائع لمفهوم الثقافة والامام بطرف من كل علم، .. وليس الحال كما هو الآن حين نجد كمثال في الأمراض العضوية، وقد تحولت إلى ساحات (التخصص) .. بل وتجد حديثاً تخصصات داخل

للتخصص الواحد ، مثال أمراض العيون..الآن بها تخصصات مثل : تخصص الحول..وتركيب العدسات..الخ..وقس على ذلك تخصص مثل تخصص الاسنان .. حيث نجد من يتخصص فى التقويم..الحشو..التركيب..الخ.

ومن هنا فإن وجود (الألم كمشكلة لدى البعض) يقتضى بطبيعة الحال وجود (فئة ، أو فئات مهمتها التعامل مع هذا الألم) ..مما أدى الحال فى النهاية إلى تقسيم أفراد المجتمع إلى:

—مرضى.

—معالجين.

ويثير- فى هذا الصدد-د.محمد شعلان ، عديداً من التساؤلات التى قد تبدو فلسفية وسفسطائية ، بيد أنها مطلوبة لأنها تثير الطريق أمام المرضى والمعالجين .

فالمواقع أنه لا توجد (لذة مطلقة) ولا (ألم مطلق) وإذا افترضنا اختفاء الألم ، وأن يتحول كل شيء فى الحياة إلى (مثير للذة والسعادة) .فإن هذه اللذة ستتحول بعد فترة إلي (لا لذة) ..لأن اللذة موجودة أصلاً بقدر ما توجد حالة مخالفة تسبقها أو تقارن بها وهى حالة الألم ، أى إن اللذة لا توجد إلا بالمقارنة مع الألم وفى إطاره ، وإذا قضينا على الألم فإننا-فى هذا السعى- نقضى أيضاً على اللذة...ولذا فإن (المهن الطبية-العلاجية) تسعى إلى القضاء على الألم ، ولكن ليست بصورة (كالية) لأننا لو قضينا عليه تماماً (ما عادت هناك لذة) ..وإذا كان المعالج حليف لذة فى مقابل الألم فإنه قد يجد نفسه عاجزاً تماماً عن القضاء على غريمه تماماً .والمخرج من هذا (اللفخ) هو تقبل النقيض أى حالة الألم وحالة الرغبة فى القضاء على الألم على السواء .

( محمد شعلان ، ١٩٧٩ ، ص ١٦٠-١٦١ ) .

ثانياً: الطرف الثانى: فى العملية العلاجية هو : للمعالج

تعتمد غالبية العلاجات تعتمد فى هذا الصدد على (مريض-معالج) .بيد أن الأمر فى (علاج الإدمان) يحتمل أكثر من ذلك..ذلك لأن الإدمان (تخصص معقد ويحتمل دخول تخصصات أخرى معه ، بشرط أن يحدث نوع من التعاون-التوافق- تبادل المعلومات-تحديد الأهداف-تحديد متى يبدأ كل طرف ومتى ينتهى دوره..الخ) ..لأن إشهار عصا (التمييز) فى مواجهة (التخصصات) الأخرى.. لا يؤدى إلى حل المشكلة بل (يزيد من تعقدها) ..مثلاً نكر ذلك محمد شعلان حيث يقول رجل القانون يقول فى (قانونى العلاج) ، ويقول رجل الشرطة (فى عصاى



الصالح) ويقول الطبيب النفسى فى (دوائى الشفاء... إلخ) ، (محمد شعلان ، ١٩٨٦) .

وأن الأمر من وجهة نظرنا يحتاج إلى أكثر من تخصص ، ولذا فإن علاج الإدمان يتم من خلال فريق علاجى ، يتكون من :

- أخصائى طب نفسى .
- أخصائى نفسى إكلينيكى .
- معالج نفسى .
- أخصائى اجتماعى .
- مرشد تعافى .
- أخصائى تأهيل (بالعمل) .
- مرشد دينى .
- ممرض متخصص فى التعامل مع الإدمان والمدمنين .

وسوف نذكر وظيفة كل عضو من أعضاء الفريق العلاجى فى فقره لاحقة كما أننا لسنا فى حاجة إلى التذليل وتأكيد ضرورة توافر مجموعة من الشروط فى أى شخص يريد أن يتعامل مع المدمنين ، وكذا يتعاون مع الفريق للمعالج من خلال الشروط الآتية :

- الدراسة الأكاديمية المتخصصة .
- الرغبة والدافعية للعمل مع المدمنين ، وأن يتقبلهم كما هم ؛ لأن عدم توافر هذا الشرط (أى عدم القبول النفسى سوف يقوده إلى الوصول إلى نتائج خاطئة! إضافة إلى عديد من الصعوبات النفسية التى سيواجهها) .
- التدريب (تحت إشراف) .
- أن ينمى صفة الفهم المتبادل بمرضاة من خلال فهمه لنفسه .
- أن يمتلك القدرة على التعاطف ، مع مدى واسع من الشخصيات المختلفة .
- أن يكون أكثر تعاطفاً مع انفعالات الآخرين وغيرها من الصفات ، التى أكدها عديد من الذين تعرضوا للشروط الواجب توافرها فى للمعالج النفسى .
- (انظر فى هذا الصدد: أنطونى ستور ، ١٩٩١ ، ص ص ٢٢٩-٢٥٧) .

الطرف الثالث فى العملية العلاجية : هو طبيعة المجتمع وثقافته الذى يتواجد فيه (المدمن-المعالج).

المدمن والمعالج كلاهما يعيش فى إطار ثقافى-كما أن العلاج النفسى ينشأ كجزء لا يتجزأ من الثقافة، ولكى يؤدى دوره بكفاءة يجب أن تتشابه قيمه الإنسانية مع قيم الثقافة، ولكى يحقق الاثنان معا درجة من الفاعلية فى إشباع الحاجات الانسانية ، يجب أن تستند قيم الاثنين إلى أساس أشمل من الخصائص البيولوجية الأساسية للإنسان..ولذا فإن العلاقة بين الثقافة والشخصية، وكذا أساليب التنشئة الاجتماعية وطبيعة السواء أو اللاسواء واضحة فى عديد من الدراسات التى تعرضت لمثل هذه القضايا. (محمد حسن غانم ٢٠٠٢ ، ص ص ٣٧-٤٣) .

ولذا فإن هذا المحور (أى المجتمع والثقافة للخاصة به) يطرح عديداً من القضايا مثل :

- النظرة إلى المدمن وهل هو مجرم يستحق العقاب أم مريض يحتاج العلاج ؟  
- وهل المجتمع وثقافته تسمح (بتناول بعض المواد المخدرة) أم يكون هناك منع تام ؟

- أم هل يمارس المجتمع نوع من (الازدواجية) ..أى يسمح بالتناول فى المناسبات وفى الغرف المغلقة وأماكن محددة، ويرفض ذلك فى (أوقات وأماكن أخرى) فى المجتمع نفسه .

- لأن كل ما سبق سيترتب عليه الموقف من العلاج من خلال:

- الإكثار من التشريعات للقانونية .

- صدور أحكام بالحبس والسجن .

- أم بناء مستشفيات متخصصة لعلاج الإدمان .

- أم تلحق أقسام علاج الإدمان بمستشفى نفسى .

- وهل تشجع (المدمن) للذهاب للعلاج طوعاً، أم تجبره (فى حالة القبض عليه) إلى ضرورة تحويله للعلاج (قسراً) .

- وهل هناك منظمات أهلية تشارك فى هذا الصدد أم أن الأمر (متروك) فقط للسلطة ومن بيدهم الأمر ؟

- وهل توجد أماكن متعددة للعلاج أم أن هذه الأماكن محددة ومتواجدة فقط فى العاصمة (كمظهر وديكور حضارى يتحدث علناً أمام المنظمات الدولية)؟ .

- وما (الفرص) المتاحة للعلاج ، حيث فى بعض دول الخليج العربى على

سبيل المثال يسمح للمدمن أن يتردد (٤) مرات بصورة اختيارية ، وفي المرة الخامسة (يقعرض للعقاب) .

– وهل توجد خطة للكشف عن الحالات التي تتعاطى.. وهل يتم هذا الكشف مبكرا أم بعد (استفحال وتأزم) الأمر؟ وغيرها من القضايا التي يليرها مفهوم العلاج.

### المحاور الخاصة بعلاج الإدمان :

لا نستطيع أن نعمل على (محور واحد) فقط من محاور العلاج في الإدمان.. لأن الاختصار-مثلا-على تطهير الجسم من الأعراض الانسحابية Withdrawal Symptoms يقود الى التعاطى.. حيث يؤكد (وكلا وزملاؤه) تكرار حدوث الانتكاسات عقب الخروج من المؤسسات العلاجية التي تم فيها للتعاطى التحرر من المخدر لفترة أو لأخرى ، ناهيك عن أن الرغبة في التعاطى تظل كـرغبة قهرية تنفع بالتعاطين الى الانتكاس، خاصة مع توافر المثيرات كالأقران، ورائحة المخدر وأماكن التعاطى ، وأدوات التعاطى، ولذا فإن التركيز فقط على (جانب واحد من الجوانب التي نطن أنها تعالج الإدمان ، وفي الوقت نفسه تهمل الجوانب الأخرى والمتداخلة معها في التعامل مع الظاهرة نفسها) ، يقود بالمدمن الناقه حاليا إلى الانتكاس..ولذا لابد من نظرة متكاملة لمشكلة كيفية التعامل مع الإدمان والانتكاسات.

( محمد حسن غانم ، ٢٠٠٠ ، ص ٣١ ) .

كما أننا يجب أن نأخذ في الاعتبار الآتى:

- ١ – أن الإدمان هو (المرض) الذي يجب أن يعالج من خلال فريق علاجي.
  - ٢ – هذا الفريق لابد أن يحتوى على تخصصات متعددة .
  - ٣ – أن يحدث نوع من (التكامل) بين هذه التخصصات المختلفة .
  - ٤ – أن الانتكاسة جزء من الإدمان..وقد أشارت بعض الدراسات إلى حقيقة مؤداها أنه على الرغم من وجود فريق علاجي يتعامل مع المدمن ، إلا أن نسبة نجاح هذه البرامج العلاجية فى منع الانتكاسة يقدر نجاحها بنسبة ١٥ ٪ ( أى فشل العلاج مع ٨٥ ٪ ) من مجموع المدمنين الذين التحقوا فعلا بالبرامج العلاجية.
- (Gerstein., 1994)

٥ – أن من أكثر الأمراض صعوبة أمام الطبيب النفسى هو مرض الإدمان .. لأن الإدمان يشترك مع عديد من الاضطرابات النفسية..وهل هذه الاضطرابات

كانت موجودة لدى الشخص قبل دخوله فى الإدمان.. أم أن هذه الاضطرابات راقت الشخص فى رحلته مع الإدمان .. أم أن هذه الاضطرابات تريت وتجت عن استمرار الشخص فى الإدمان. وهو ما يعرف بقضية التشخيص المزيج .

٦- أن علاج الإدمان يقتضى توافر درجة عالية من الدافعية لدى المدمن .. فنتائج العلاج الطبى سيئة للغاية.. علماً بأن نسبة الذين يقبلون على العلاج من بين المدمنين قليلة، رغم أن الذين يقبلون يارادتهم -وهم أقل- أفضل من الذين يقبلون قسراً أو بسبب ضغوط عائلية واجتماعية ، وحتى هذه الفئة من الذين يحسنون طالين العلاج أغلبهم يرتد. ( محمد شعلان ، ١٩٨٦ ، ص ٦٩ ) .

٧- أن علاج الإدمان هو العلاج الوحيد من بين العلاجات النفسية الذى يجابه بمقاومة شديدة من جانب المدمنين؛ لوجود عديد من الأفكار الخاطئة واللامعتولة حول مدى سيطرة الإدمان عليهم،.. وأنهم أمامه مسلوبو الإرادة .

٨- أن العلاج فى الإدمان يجب أن يتم فى مؤسسات علاجية لها مواصفات محددة للتعامل مع الإدمان ؛ خاصة حين نتعامل مع مواد مخدرة إدمانية أكثر فتكاً وخطورة من المخدرات الطبيعية ، ونقصد : الهيروين ، الكوكايين ، وعقاقير الهلوسة .. الخ .

٩- إلا أن كل ما سبق لا يجب أن يجعلنا نياس.. لأن المدمنين على الرغم من أنهم أصعب الحالات استجابة للعلاج .. إلا أنهم فى الوقت ذاته يمتلكون عديداً من الإمكانيات التى تؤهلهم للدخول فى برامج التأهيل والتعافى من بين عديد من الاضطرابات النفسية الأخرى. ( Abdalmawgoud & Fateem. 1995, p. 3 )

١٠- تنوع الدوافع التى تدفع بالشخص الى التعاطى .. والاستقرار على (مخدراً) أو الانتقال من مخدر الى آخر. ( هند سيف الدين . ١٩٩٦ ، ص ١٣ ) .

١١- أيضاً .. تنوع الدوافع التى تدفع بالمدمن الى طلب العلاج - وهل ذهب فعلاً للعلاج رغبة منه فى «التعافى» و«الحياة دون مخدر» أم أنه ذهب لأسباب ودوافع أخرى مثل: إرضاء الأهل..وجود مشاكل فى البيئة التى يعيش فيها..ندرة المخدر الذى يعاطاه .. الخ. ( محمد حسن غانم ، ٢٠٠٠ )

١٢- أنه فى علاج الإدمان ، لابد من مشاركة الأسرة فى العملية العلاجية ؛ لأن الإدمان يخلع - على حد تعبير أ.د. مصطفى سويف- المدمن من السياق الاجتماعى: الأسرة - العمل - أو الدراسة- الأصدقاء، ويصاب بحالة من العزلة

والوحدة والانتواء والانسحاب التدريجى من خضم التفاعلات الاجتماعية..والتى يقسمها محى الدين أحمد حسين (٢٠٠٢) إلى فئتين رئيسيتين:

الفئة الأولى: وهى المتصلة بحدود هشاشة للعلاقة بين الممنن والمسياق الاجتماعى بمؤسساته الاجتماعية المختلفة.

الفئة الثانية: وهى المتصلة بطبيعة التفاعلات ذاتها القائمة ، بينه وبين هذا السياق. (محى الدين حسين ، ٢٠٠٢ ، ص ٦٣) .

وفى هذا الصدد وفى مصر، يذكر أحمد عكاشة (كمثال لعدم اتباع النظرة المتكاملة فى التعامل مع مشكلة الإدمان..والاقتصار فقط على التدخل الطبى) يذكر: أنه لوحظ فى أبحاثنا المختلفة أن ٧٠٪ من مرضى الإدمان لا يكملون مدة العلاج ، ومن ثم تزداد نسبة الانتكاسة..ولوحظ أيضا أن ٨٠٪ من الممننين لا يترددون بعد خروجهم من المستشفى ومتابعة عملية للتأهيل والعلاج النفسى، ومن ثم يكونون عرضة للانتكاسة، اضافة الى يأس الأيوين من العلاج، والسمة السلبية فى علاج الإدمان تنتج من كثرة الانتكاسات..وأن النسب الحديثة فى مصر بعد متابعة لمدة خمس سنوات تفوق نسباً كثيرة من العلاج فى الخارج..وقد وجد فى مصر مثلاً:

- أن ٤٠٪ من ممننى الهيروين يتم شفاؤهم بعد انتكاسة أو اثنتين.

- وأن ٣٠٪ امتنعوا عن التعاطى تماماً حتى خمس سنوات.

- أما بقية النسب فتنتهى : إما فى السجن أو مستشفيات الامراض العقلية، أو الوفاة، حيث وجد أنه خلال خمس سنوات من تعاطى الهيروين يترأى معدل الوفاة ليصل من ١٠٪ إلى ١٥٪ .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ ، ص ص ٤٩٩-٥٠٠) .

#### الوقاية من الإدمان :

ليس من مهمة الفريق العلاجى التعامل فقط مع الحالات التى (وقعت) فى الإدمان ، وإنما يجب أن يسبق ذلك خطوات تتمثل فى الوقاية ، والعمل على منع (استهداف) الفئات الأكثر عرضة للوقوع فى الإدمان . وهنا تقع المسؤولية على عاتق الوقاية ، وقد اصطلح الخبراء فى منظمة الأمم المتحدة وهيئة الصحة العالمية إلى تصنيف الوقاية فى فئات ثلاث ، هى:

### أ - الوقاية من الدرجة الأولى : Primary Prevention

ويقصد بها منع وقوع الإصابة أصلاً؛ أى منع وقوع فعل التعاطى والتدبير لهذا المنع أمر بالغ الصعوبة لتعدد العوامل للمهمة فى حدوث الإدمان .

(هند طه ، ١٩٩٤ ، ص ص ٢٣١-٢٤٢) .

ويتطلب هذا المستوى ضرورة تحديد أى الفئات العمرية والشرائح الاجتماعية التى تكون أكثر استهدافاً للتورط فى التعاطى، وقد توصل عديد من الأبحاث إلى تحديد فئتين من الأفراد والشرائح الاجتماعية يحتمل تورطهما فى فعل الإدمان ، وهما:

#### ١- الجماعات المستهدفة للتعاطى أو الجماعات الهشة: Risk groups

ويقصد بها أى جماعة محدودة داخل المجتمع الكبير، يرتفع احتمال تورط أفرادها فى الإدمان أو يسهم فى زيادة احتمال التورط عدة عوامل، حصرها (عارف وروستر ماير) ١٩٨٨ فيما يلى:

- وجود تاريخ للإدمان فى الأسرة .

- الانهيار الأسرى .

- الدخل المنخفض .

- ضعف الوازع الدينى .

- اختلال الانضباط داخل الأسرة .

- مصاحبة أقران متعاطين .

- تدخين السجائر قبل سن ١٢ سنة .

- الظروف السيئة فى بيئة العمل .

- الأداء المدرسى المنخفض (لجنة المستشارين العلميين ١٩٩٢) .

ويتفق مع سريف فى أن هذه العوامل السابقة يندر أن يقوم أحدها منفرداً بل الغالب أن يقوم بعضها (إن لم يكن كلها) معاً، وأن تتشظ معاً مما يجمع آثارها معاً ويجعلها شديدة الوطأة على الفرد .

وجدير بالإشارة إلى أن هذه العوامل قد تأكدت من خلال سلسلة البحوث الربائية المصرية ، وفى عديد من الشرائح والقطاعات البشرية التى تناولتها تلك الدراسات (انظر على سبيل المثال Souaif et al., 1982a, 1982b)

### ب- الحالات تحت الإكلينيكية

وهى الحالات التى تكشف عن أشكال أو درجات معينة من الاضطرابات والأعراض ، التى لا ترقى لأن تشخص بأنها أعراض إكلينيكية تصنعهم فى عداد المرضى، ولكنها لا تتركهم ليحسبوا ضمن الأسوياء. وقد أكدت بعض الدراسات الميدانية فى هذا الصدد أن نسبة منهم يمكن أن تكون تربة خصبة لظهور أنماط مختلفة من الإدمان الذى يخدم وظيفة محددة بالنسبة لها، هى الندوى أو الطبيب الذاتى Self Medication.

انظر على سبيل المثال:

Erich. GooDe. 1999 PP:349-380. Bru chl. S., 1994., pp. 189-197 .

ولذا فقد أشار التقرير الإستراتيجى للجنة المستشارين العلميين إلى أن عيادات الصحة المدرسية يمكن أن تساهم فى التشخيص المبكر لهذه الحالات، ومن ثم تقديم الخدمة الطبية النفسية المبكرة لحمايتهم من الانزلاق فى طريق أو فعل الإدمان (لجنة المستشارين والعلميين ١٩٩٢)، إلا أن الواقع يؤكد عجز فى غالبية عيادات للصحة المدرسية عن القيام بأدوارها فكيف سيكون الحال مع الإدمان.

وتجدر الإشارة إلى أن عديداً من دول العالم تهتم بهذا الجانب من الوقاية (أى منع الوقوع فى فعل الإدمان من الأصل) والتركيز على الشرائح الاجتماعية الأكثر عرضة لهذه الظروف من الأطفال والمراهقين أو البيئات الفقيرة المضاعفة واستخدام العديد من الوسائل (العلمية/الموضوعية) فى ذلك .

انظر على سبيل للمثال:

(Morre.S.F., 2000., pp. 30-37)

(Polansky, J.M., 1999., pp. 186-198)

(Lisnor, L&Harding, C.G&Safer, L.A., 1998., pp. 301-311)

(Kim, S, et al., 1998., pp. 238-301)

(guen, F et al., 1998., pp. 119-131) (Covington, H., 1999., pp. 82-87)

(Ryan, J et al., 1999., pp. 23-60) (عويد سلطان المشعان ، ٢٠٠٠).

### ثانياً : الوقاية من الدرجة الثانية : Secondary Preventin

ويقصد بها التدخل العلاجي المبكر، بحيث يمكن للمتعاظمي عدم التماضي في الوصول إلى مرحلة الإدمان، وكل ما ترتب على مرحلة الإدمان من مضاعفات (أحمد عكاشة، ١٩٩٤).

وقد توصلت مجموعة الدراسات الميدانية التي أجريت في مصر منذ عام ١٩٧٨ حتى عام ١٩٩٠ إلى أن حوالي ٧٥٪ ممن يقدمون على التعاطي يتوقفون ويتراجعون قبل الوصول إلى مرحلة الإدمان (مصطفى سوييف وآخرون، ١٩٨٧)، (لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩٢)، وهذه النسبة ثابتة بالنسبة لمعظم المواد النفسية ماعدا الهيروين؛ فلم تتوفر بعد مثل هذه المعلومة عنه.

ويشير التقرير الاستراتيجي إلى أن للكشف عن هذه الفئة أمر ميسر في سياق اجراءات الكشف الطبى الدورى العادى للتجمعات الشبابية عند الالتحاق بالمدارس والجامعات والأندية أو أثناء الوقوع فى مخالفات قانونية (لجنة المستشارين العلميين ١٩٩٢).

### ثالثاً : الوقاية من الدرجة الثالثة : Tertiary Prevention

ويشار بها إلى التدخل العلاجي المتأخر نسبياً، لوقف المزيد من التدهور المحتمل للمضاعفات الجسمية والنفسية المترتبة على الإدمان، ويدخل تحت هذا النوع من الوقاية جميع إجراءات العلاج الطبى والنفسى والتأهيل الاجتماعى (انظر : لجنة المستشارين العلميين ١٩٩٢، أحمد عكاشة ١٩٩٤، مصطفى سوييف، ١٩٩٦).

### العلاج Treatment

ويقصد به جميع إجراءات التدخل الطبى والنفسى الاجتماعى، التى تؤدى إلى التحسن الجزئى أو الكلى للحالة مصدر الشكوى أو للمضاعفات الطبية والطبية النفسية المصاحبة (لجنة المستشارين العلميين ١٩٩٢).

وأن المتنبع لما يكتبه المتخصصون فى مجال علاج الإدمان، يجد أنهم يؤكدون مجموعة من الحقائق، التى يجب أخذها فى الاعتبار إذا أردنا العلاج الحق للإدمان وما يتعلق به من قضايا وإستشكالات، مثل:

- ١- أن الأمر المؤكد أنه لا توجد شخصية إيمانية واحدة، وأن مدمنى المخدرات ومدمنى الكحوليات مجتمعات غير متجانسة بشكل واضح، وبالتالي لا يجب أن (نصب) كل مدمن فى قالب علاجي (واحد).



٢- أن العديد من الأبحاث قد أكدت أن المخدر الذى يعتمد عليه الشخص قد أخذاره لتأثيراته الطبية أو العلاجية ، فعلى سبيل المثال تستخدم المخدرات المنبهة بكثرة لخفض التعلق الاجتماعى ، وأن مدمنى مشتقات الأفيون ربما يستخدمون المخدر لكى يمكنهم من التعامل مع حالات الحزن والكدر المرتبطة بمشاعر العداوة والعدوانية، وبالتالي.. فان استخدام المخدر كعلاج يقتضى أن نضع فى الاعتبار ضرورة وضع برنامج مناسب ، يتجه نحو علاج المشكلات الكامنة خلف الإدمان .

٣ - لا بد من الوقوف على معتقدات واتجاهات الشخص تجاه المخدرات أو الكحوليات، ويتعين هنا-على أعضاء الفريق العلاجى للإدمان-أن يكشفوا معاً المعنى الاجتماعى والنفسى ليعاطى هذا المخدر تحديداً ؛ لأن إنكار أو تجاهل إدراكات المدمن حول استخدامه للمخدر يؤدى إلى تفجر المقاومة أو العداوة من جانب المستخدم، إضافة إلى إمكانية للتأثير فى جهود المعالجين .

٤ - لا بد من الأخذ فى الاعتبار-عندما يتقدم المدمن للعلاج إثارة مثل هذه التساؤلات والإجابة عنها: لماذا فكر المدمن فى العلاج ؟ ولماذا فى هذا التوقيت تحديداً؟ وبأى شكل يشعر المدمن أنه أفضل أو مختلف عندما يعاطى أو يتوقف ؟ وما مخاوفه حينما يتوقف ؟ لأن عديداً من المدمنين لا يقدم على العلاج خوفاً من آلام الأعراض الانسحابية (حتى وإن كان بها قدر من المبالغة) ، ولأنك أن الوقوف على مثل هذه التساؤلات من المدمن (على أساس أنه صاحب القضية أولاً وأخيراً مهم جداً) . (محمد حسن غانم ، ٢٠٠٠) .

٥ - ضرورة تحديد الظروف المحيطة بالشخص ومقدار مسؤوليتها عن الإدمان وفشل العلاج وبالتالي كثرة الانتكاسات، وبالتالي لا نستطيع أن نتحدث (لا فى الحاضر ولا فى المستقبل) عن إمكانية وجود نموذج واحد للعلاج يطبق بلا استثناء على جميع المدمنين ، بل الأقرب إلى التفكير المنطقى والنظرة العلمية الموضوعية أن نذكر بضرورة : تفصيل وتصميم برنامج علاجى طبقاً لاحتياجات الفرد ، وإذا كانت العبارة تبدو بسيطة ولا تثير جدلاً أو خلافاً إلا أنها إذا طبقت بطريقة إكلينيكية سليمة فسوف يقتضى عديد من الجهود والتعاون بين كافة أعضاء الفريق العلاجى، بل عديد من مؤسسات المجتمع المعنية بمشكلة الوقاية أو العلاج والتأهيل للمدمنين .

٦- أن يكون للتقييم شاملاً للفرد ، وأن يحدد هذا التقييم:

- حجم وطبيعة المشكلة .

-مدى معاناة الفرد من أى اضطرابات نفسية أو عقلية .  
-هل هذه الاضطرابات-إن وجدت-كانت سابقة أو مصاحبة أو ناتجة عن الإدمان .

- ما دوافع الشخص-هذا تحديداً-للتعاطى .
- رأىنا هذا المخدر بالصنيط وتاريخه معه .
- ما حجم المشكلات الاجتماعية التى ترتبت على الإدمان .
- مرات التردد للعلاج والدافع فى كل مرة .
- مرات الانتكاسات والدافع فى كل مرة .
- طبيعة الظروف الداعمة أو الصاغطة فى بيئة الشخص .

وغيرها من التساؤلات التى يجب أن يتخصص كل عضو من أعضاء الفريق العلاجى فى تشخيصها ووضع خطة علاجية مناسبة/ومتكاملة لها .

٧ - إن التوقف عن التعاطى لا يجب أن يكون هدفاً فى حد ذاته ، بل لابد من وضع محكات للتعاطى من الإدمان، ذكرها عديد من الباحثين (ومنهم بايتسون) الذى ركز على:

أ - أن الامتناع الإرادى عن التعاطى (فى مدمنى الكحوليات كمثال- لكنه يمثل جميع مدمنى المخدرات والكحوليات بالطبع) بل لابد من تحقيق تحسن فى الجوانب الانفعالية الآتية:

- تحسن فى حالات الانفعالات الحادة .
- تحسن فى العلاقات بين الشخص والآخرين .
- تحسن فى أدائه للعمل .
- تحسن فى حالته الصحية الجسمية .

ب - أن الامتناع الإرادى لا يرتبط بالضرورة بالتحسن فى المجالات الأخرى للحياة الصحية، وقد يرتبط بالتدهور الوظيفى فى هذه المجالات الأخرى .

ج - بينما لا يتمتع بعض المدمنين إرادياً إلا أنهم يظهرون تحسناً عاماً فى كل مجالات الحياة (Patison., 1967) .

٨ - أن التدخل الطبى وتخليص الجسم من آثار الإدمان إنما يعد من أسهل الأمور فى برنامج إعادة التأهيل الشامل للمدمن، وإقتصار للفهم حول هذا المحور فقط إنما يعد (تخلفاً) فكرياً إزاء هذه القضية المتشعبة، لدرجة أن أحد المدمنين قد قال لى (معلقاً) على التدخل الطبى فقط: مادام الأمر بهذه السهولة (يقصد العلاج) فلماذا لا أعاد الإدمان ثم للعلاج ثم الانتكاس .. وهكذا إلى ما شاء الله ؟

٩- أن يعى كل عضو من أعضاء الفريق العلاجى أو مؤسسات المجتمع المعنية بالوقاية والعلاج وإعادة التأهيل للمدمنين أن تعرف أن علاج الإدمان وإعادة التأهيل تمر بأربع مراحل ، هى:

- أ - مرحلة التجاهل Precontem Plation أى عدم إدراك الشخص المدمن لأضرار الإدمان ، على الرغم من أن المحيطين به يعلمون الأضرار.
- ب- مرحلة النية أو العزم Contemplation ويقصد أن الشخص قد أدرك خطورة الإدمان و(ينوي) أن يقلع ، ولكن لم يتخذ قراره بعد.
- ج- مرحلة الفعل Action وهو الذهاب فعلاً لى العلاج .

د - مرحلة الاستمرارية فى التعاطى Maintenance Recovery والبعد عن كل ما يثير الانتكاس مرة أخرى.

(Prochaska and Diclement, 1986, p. 390)

وأن المراحل الأربع أيضاً تكثر عديداً من الاستشكالات ، مثل:

- وجود فروق بين الأفراد فى كل مرحلة.

- قد يقف الفرد عند مرحلة معينة ولا يتعداها.

- قد يتراوح الشخص بين مرحلتين (الأولى/ الثانية) أو (الثالثة/الرابعة) .

١٠- ضرورة الأخذ فى الاعتبار أن الانتكاسة Relapes هى جزء أساسى من قضية الإدمان . ولذا .. فإن المتابع لأدبيات جماعة المدمن-الكحول والمخدرات- للمجهول (A.A) و (N.A) وغيرها من جماعات المساندة الذاتية يؤكدون أنه لا يوجد تعافى تام، وأن الإدمان مرض (عنيد/مراوغ) يمكن أن يجر الشخص إلى التعاطى مرة أخر وتحت دعاوى يبررها الشخص لنفسه من قبيل: "أن كاساً واحداً لن يضر" . ولذا يجب أن تدرب المدمن (الناقه على عديد من الأساليب المهارية ونشغله بكل ما هو مفيد حتى نملئ الفراغ الذى تركه الإدمان ، وما أرتبط به من طقوس وسلوكيات) .

١١- أن التوقف عن التعاطي يكون مصحوباً بكثير من مظاهر القلق والمخاوف مثل: الخوف من عملية التعافي نفسها ؛ إذ لا يبدو التعافي في نظر مدمنين عديدين وكأنه نعمة، بل يبدو وكأنه خطر يهددهم ، وتغلب أيضاً للخوف من إفشاء بعض أسرار الأسرة ومخاوف من الأعراض الانسحابية، والخوف من المعاناة الجسمية والنفسية، والخوف من الكلام في مجموعات التعافي في أثناء جلسات العلاج الجمعي، وخوف الشخص من أن يكشف نفسه، والخوف من ممارسة الجنس بدون استعمال خمر أو مخدر ، والخوف من انتهاء العلاج، والخوف من الاختلاط بالآخرين دون مخدر، والخوف من خلق انطباع سيء عن الغير دون استخدام المخدر (جيل روزيليني ومارك وورلدن، ١٩٩٦) ، ولذا يجب على كل عضو من أعضاء الفريق العلاجي فهم ذلك ، وأن يعي المدمن ذلك أيضاً .

تلك كانت من وجهة نظرنا -ومن خلال اطلاعنا على العلاج للحق وإعادة التأهيل للمدمنين-الحقائق الإحدى عشرة ، والتي يجب أن يعرفها كل عضو من أعضاء الفريق العلاجي الذي يتعامل مع الإدمان والمدمنين .

#### مراحل العلاج :

لعل أول مرحلة في العلاج ، هي :

أولاً : مرحلة التقييم : Assessment

١ - دور الطبيب النفسي : ويتلخص دور الطبيب النفسي في :

- إجراءات تطهير الجسم من سموم المخدرات .
- إجراءات طبية لمواجهة بعض حالات الإرجاع الذهانية الحادة للمصابة لأنواع التسمم التخديري .
- إجراءات طبية لمواجهة حالات الإفراط في الجرعة .
- إجراءات طبية لمواجهة مضاعفات الإدمان بصفة عامة لأنه يشيع بين غالبية المدمنين مثلاً: سوء التغذية-الأمراض المعدية-الإصابات البدنية-الاضطرابات النفسية الجسمية .
- إجراءات طبية لمواجهة مضاعفات الإدمان والمرتبطة بنوع المخدر، الذي كان المدمن يتعاطاه .

والخلاصة: أن النظرة التي يجب أن تسود تجاه العلاج الطبى فى مجال علاج الإدمان أنه لا يزيد عن أن يكون المرحلة الأولى للتدخل العلاجى المتكامل ؛ بهدف إيقاف مجموعة من العمليات البيولوجية التى أشتيرت فى المدمن بفعل الخصائص الكيميائية والفارماكولوجية للمخدر بحيث بدأت تهدد مبدأ الحياة نفسه ومن ثم فقد وجب المبادرة إلى تعطيلها وربما استثارة عمليات بيولوجية أخرى فى الاتجاه للمضاد (لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩٢، ص ص ٢١٢-٢١٣، مصطفى سويف ١٩٩٦، ص ص ٢٢١-٢٢٥) .

## ٢ - دور الأخصائى النفسى الإكلينيكي:

ويتلخص دوره فى:

- معرفة الدوافع التى دفعت الشخص إلى إدمان هذا العقار أو ذاك .
- معرفة ما إذا كان هذا الشخص يعانى من أى اضطرابات نفسية أو عقلية كانت المحرض للإدمان أو ترتبت عليه .
- معرفة مدى توافق الشخص مع ذاته .
- معرفة شكل علاقاته الاجتماعية وما إذا كانت لديه مهارات اجتماعية أم لا .
- التعرف على سمات شخصيته ، وهل يعانى مثلاً من أى اضطرابات وما شدة ذلك وتأثيره على السلوك .
- تطبيق بعض الاختبارات النفسية التى يستشعر من خلال حمه الإكلينيكي أنها تجيب عن عديد من التساؤلات أو تؤكد بعض خطوط (التشخيص) .
- العلاجات الفردية والجماعية للمدمن، ومن خلال خبرة الباحث فى هذا المجال وجد أن العلاجات السلوكية ، والعلاج العقلانى الانفعالى هى أنسب الأساليب للتعامل مع المدمن، وكذا فى استخدامها (كفنيات علاجية) فى العلاج النفسى الجمعى. (مصطفى سويف، ١٩٩٤، مصطفى سويف، ١٩٩٦، مدحت أبوزيد، ١٩٩٨) ، وأن المجال يتسع لاستيعاب عديد من الفنيات العلاجية الأخرى. (لطفي قطيم، ١٩٩٥) ، (صفاء خريبة، ١٩٩٨) .

## ٣ - دور الأخصائى الاجتماعى:

ويتلخص دوره فى:

- ١- تعرف طبيعة التكوين الأسرى للمدمن (سواء أسرته أو أسرة الميلاد) .

٢ - تعرف مقدار الأضرار التي لحقت به من جراء الإدمان ، وانعكاس ذلك على شبكة علاقاته الاجتماعية لدخل الأسرة أو للعمل.

٣ - تعرف مقدار التدعيمات الأسرية-أو عديمها لدى المدمن.

٤- تعرف شبكة العلاقات الضاغطة للفرد المدمن ، والتي قد تكون محرضة له على استمرار التعاطى (حتى وإن مر بتجربة علاج) .

٥- تعرف مقدار انعكاس فعل الإدمان على الأسرة، وهل هذا المدمن كان (المجر وكبش الفداء عن جو أسرى غير صحى سائد) أم أن الشخص هذا بإدمانه قد فجر للعلاقات (للشهة) لدخل الأسرة.

٦ - الاشتراك مع الأخصائى النفسى فى العلاج الأسرى.

#### ٤- دور المرشد الدينى :

١- تعرف طبيعة الاعتقاد تجاه الدين (لذى يعتنقه الشخص) .

٢ - تعرف التزام أو عدم التزام للشخص فى السابق ، أو فى الوقت الحالى بإجراء العبادات الدينية .

٣ - بحث للشخص على أداء طقوس الدين، باعتباره مدخلاً للعلاج.

مع الأخذ فى الاعتبار أن الدين يحدد القيم السلوكية والاتجاهات العامة ، ومنها: الاتجاه نحو المفدرات ؛ فعلى سبيل المثال نجد أن تناول الخمر فى الديانة اليهودية والمذهب الكاثولىكى يتم السماح بها فى بعض الاحتفالات الشعبية والمناسبات الرسمية ، بينما نجد الإسلام وبعض الطوائف المسيحية التقليدية يحرمان نهائياً تناول الكحوليات بل وعدهما من الكبائر (Hiller & Frances, 1991., p. 25). كما يمكن استخدام تكتيك المدخل الدينى فى علاج المدمنين ، وتحقيق نتائج جيدة فى استمرار التعافى انظر:

Auto, et al., 1998, P. 642، منصور الرفاعى، ١٩٨٨ ، ص ص٤٨٧-٥٠٣ .

وقد أحسن صندوق مكافحة وعلاج الإدمان صنعاً بإصداره كتاباً موجهاً إلى النعاة الدينبيين الذين يتعاملون مع المدمنين (صندوق مكافحة المخدرات ١٩٩٩) ؛ حيث إن الخطاب الدينى للذى يجب أن يوجه للمدمن يجب أن تتوافر فيه مجموعة من الشروط وتقديم الجوانب الإيجابية والسحة من الدين ؛ فالمدمن يعلم أن التعاطى حرام ، فلماذا يركز المرشد الدينى - مثلاً - على هذا المحور ، أو يركز على

محور أن الله سريع وشديد العقاب ، ولا يركز مثلاً على أبواب التوبة المفتوحة ، وأن الله يفرح بقوة عبده وأن الله غفور رحيم (١٤) ، كما أن نبوة (الخطابة) الحادة والمحملة (بكم هائل من الانفعالات) قد لا تناسب مع حالة المدمن ، وأن الخطاب الدينى - من وجهة نظرنا- يجب أن يشمل الجوانب العقلية ، والوجدانية والسلوكية . وما أن الدين له دور مهم فى تكوين الانسان، وفى تعديل عديد من الاتجاهات والقيم ؛ لذا نرى أن هذا الجانب ينبغي أن يحظى بالاهتمام ولقاء مزيد من (الأضواء الباهرة) عليه وحوله.

#### ٥ - دور مرشد التعافى:

- ١ - تعرف تاريخ الشخص مع التدخين والمخدرات.
- ٢ - تعرف كم الجرعة وهل هى ثابتة أم متزايدة.
- ٣ - تعرف أساليب المواجهة والإنكار التى يتبعها المدمن فى التعافى.
- ٤ - تعرف أسباب الانتكاسة فى كل مرة.
- ٥ - التدخلات العلاجية بواسطة الخطوات الاثنتى عشرة خطوة، والانضمام إلى جماعات المساعدة الذاتية Self Help group

#### ٦ - دور أخصائى أو مرشد التأهيل:

- ١- تعرف هويات الشخص التى كان يمارسها قبل أن يخطر فى الإدمان.
  - ٢- تعرف كيفية قضاء هذا الشخص لوقت الفراغ.
  - ٣- تعرف الهوى والاهتمامات.
  - ٤- توجيه الشخص إلى نوع الهويات التى تحقق له الإشباع بعيداً عن المخدرات.
  - ٥- إمكانية تدريب الشخص على هويات جديدة حتى يشغل بها وقت فراغه ، أو تحقق له السعادة بعيداً عن السعادة الزائفة والمتوهمة الناتجة عن تعاطى المخدرات.
- تلك كانت أبرز واجبات كل عضو من أعضاء الفريق العلاجى ، الذى يجب أن يتعامل مع المدمن ، ومن خلال تجربة وخبرة الباحث كعضو فى الفريق العلاجى، مع ضرورة الأخذ فى الاعتبار أمرين:
- الأول : لا بد من وجود تكامل بين جميع أعضاء الفريق العلاجى ، وعدم انفراد عضو من أعضاء الفريق بتقييمه أو المبالغة فيه أو غرض الطرف عن بقية التقييمات الأخرى، بل من الواجب الإلزامى أن تصب كل هذه المعلومات فى بوتقة واحدة لصالح المريض/المدمن ، ولصالح جهود الفريق العلاجى.

الثاني: ضرورة تدريب أعضاء الفريق العلاجي على التعامل مع حالات الإدمان، وتعرف اتجاهاتهم تجاه المدمنين بصفة عامة، فقد لاحظت مصلاً-من خلال الخبرة-أن بعض أعضاء الفريق العلاجي ينظر إلى المدمن (على الإجمال) بأنه سيكوباتي antisocial ولذا يجب أن يعامل بعنف، أو لا يكون مؤمناً-على الإطلاق-بإمكاناته تعافى المدمن، بل وكان أحد أعضاء الفريق العلاجي يسخر من المدمن (الناقه) الذي كتب له الفريق العلاجي خروجاً من المستشفى أنه سيراه قريباً جداً ملوماً في المستشفى-وهذا أمر - من وجهة نظرنا - خطير ويحتاج الضرورة تأكيد (اتجاهات أعضاءالفريق العلاجي تجاه المدمنين وكافة قضاياهم) ، لأن عضو الفريق العلاجي (قدوة ونموذج) وبالتالي يجب أن (ندقق) في اختيار أعضاء الفريق العلاجي الذي سيقود (سفينة) علاج وتأهيل (ومن قبلها الوقاية) من الإدمان.

#### ثانياً : مرحلة التشخيص :

بعد خطوة التقييم تأتي الخطوة الثانية وهي: التشخيص Diagnosis حيث يتوصل الأخصائي النفسي الإكلينيكي إلى تحديد مشاكل المريض ، والتي نتجت أو رافقت أو كانت السبب في إدمان المدمن. ومالم يتم التعامل-من الأساس-مع هذه المشاكل-فمسوف تستمر الانتكاسات، بل أن الركيزة الأساسية لاختيار نوع المادة المخدرة هي العوامل الشخصية للمرضية لدى المدمن.

انظر :

Erich, Goad., 1999., pp. 349-380 ، ميخائيل جوسوب، ٢٠٠٠، ص ٤٢١-٤٤٢ .

ويقدم لنا مونرو ١٩٩٢ ستة عناصر أساسية ، يتم في ضوءها النظر إلى المشكلة وكيفية التعامل معها-خاصة تلك المشاكل المترابطة مع الإدمان، وهي:

١ - احتمال أن تتواجد عناصر المخاطرة للإدمان بدرجة كبيرة سواء في الاضطرابات النفسية المصاحبة للإدمان ، سواء أكانت هذه المشاكل تصنف وتشخص، في المحور الأول أم الثاني الخاص باضطرابات الشخصية ووفقاً للتشخيص الأمريكي الإحصائي بتعديلاته الثالث والرابع. (DSM III R, 1987., DSM IV., 1994)

٢ - أن تقدم برامج علاجية وتأهيلية مناسبة للمدمنين ، الذين يعانون من اضطرابات نفسية مصاحبة لإدمانهم .

٣ - أن تقرر الاضطرابات النفسية كنتيجة للإدمان.



- ٤ - حدوث بعض الاضطرابات النفسية أثناء التعامل مع الأعراض الانسحابية  
With drawal symptoms
  - ٥ - تواجد كل من الاضطرابات النفسية والإدمان في وقت واحد ، وأن يستمر ذلك معاً لفترة طويلة.
  - ٦ - تواجد كل من الاضطرابات النفسية والإدمان معاً لدى الاشخاص ، ودون وجود أى علاقة بينهم. (Monro, A, 1992,, PP. 232-240)
- وعموماً .. فإن عديداً من المدمنين قد يعانون من المشكلات الآتية:
- القلق الشديد.
  - الاكتئاب.
  - نقص المهارات الاجتماعية.
  - عدم القدرة على حل المشكلات.
  - نقص في تأكيد الذات.
  - الاعتمادية والسلبية.
  - المخاوف الاجتماعية.
  - العجز عن اتخاذ القرارات.
  - عدم القدرة على تحمل المسؤولية.
  - عدم القدرة على التعبير عن الغضب.
  - الإحساس بالدونية.

وغيرها من المشاكل ، والتي قد نجد واحدة من هذه المشاكل -أو غيرها -أو أكثر من مشكلة يعاني منها المريض المدمن، وبما أن دوافع الإدمان تكون متعددة ومختلفة ، إذاً لا بد من الأخذ في الاعتبار تعدد الأسباب النفسية والاجتماعية الدافعة إلى التعاطي.

### ثالثاً : وضع خطة للعلاج

بعد تحديد مشاكل المريض ، نبدأ بوضع مجموعة من الأهداف والخطط لكيفية التعامل مع مشاكل عن طريق الخطوات الآتية :

الخطوة الأولى : اختيار المشكلة : حيث يتناول الإكلينيكي من خلال التقييم أهم المشاكل الأساسية والمشاكل الثانوية ، التي يعاني منها المريض المدمن ، ولكي تكون الخطة فعالة ، لا بد من تناول المشاكل الأساسية وبصورة مركزة .

**الخطوة الثانية : تعريف المشكلة :** حيث يتبين المدمنون فى عرض مشاكلهم . لذا تحتاج كل مشكلة اختيارها لتركيز العلاج عليها إلى تعريف مفصل ، وكذا إمكانية الربط بين نمو الاعراض ومحكات تشخيصية وأرقام كودية مثل تلك الموجودة فى الدليل التشخيصى الإحصائى الرابع ، أو التصنيف الدولى للأمراض DSMIV, 1992, ICD- 10, 1994.

**الخطوة الثالثة : تطوير الأهداف :** حيث نحدد فى هذه الخطوة الأهداف المرغوبة لحل مشاكل محددة ، ولا يحتاج الأمر هنا إلى صياغة قابلة للقياس ، بل كل ما نحتاجه هو وصف عام للأهداف البعيدة ، مع توضيح إمكانية تحديد المآل الإيجابى المتوقع من آليات العلاج .

**الخطوة الرابعة : الأهداف المرحلية :** على عكس الأهداف البعيدة تستخدم صياغات سلوكية قابلة للقياس ؛ إذ ينبغي توضيح ما إذا كان المريض قد تمكن من تحقيقها ، وإذا تصر منظمات الإنارة للصحية والرعاية الموجهة على أن يكون مآل العلاج النفسى قابلاً للقياس ، كما يراعى عند تصميم كل هدف مرحلى أن يشكل خطوة باتجاه تحقيق الهدف العلاجى الأشمل .

**الخطوة الخامسة : اختيار التدخل :** للتدخلات هى الافعال التى يأتي بها الكليديكى لمساعدة مريضه على استكمال تحقيق الأهداف المرحلية ، ويجب أن يكون لكل هدف مرحلى تدخل واحد على الأقل ، وفى حالة عدم تحقيق المريض الهدف بعد أول تدخل ، تضاف تدخلات أخرى جديدة إلى الخطة ، كما يتم اختيار التدخلات وفق احتياجات المريض وإمكانات المعالج .

**الخطوة السادسة : تحديد التشخيص :** يعتمد تحديد التشخيص المناسب على التقويم الإكلينيكي الكامل لحالة المريض ، إضافة إلى مقارنة ما يظهر على المدمن من اعرض سلوكية أو معرفية أو انفعالية أو فى علاقته بالغير بمحكات تشخيص الأمراض النفسية الموصوفة فى الدليل الرابع ، إضافة إلى إمكانية اللجوء إلى التشخيص التفارق Differential Diagnosis ، على الرغم من صعوبة المعرفة فى مجال التشخيص (أرثر جونجما ، مارك بيترسون ، ١٩٩٧) . كما أن الأهداف التى نسمى إلى تحقيقها من العلاج تنقسم بدورها إلى :

أولاً: أهداف بعيدة المدى: وتكون كالاتى:

— الاعتراف بأنه مدمن وشروعه فى المشاركة فى برنامج خاص بالتعافى .

- اللجوء إلى تعافٍ مستمرٍ والبعد عن استعمال كافة أنواع المواد المخدرة ،  
التي تؤثر على الانفعال .

- اللجوء إلى الامتناع التام والاستمرار فيه ، مع زيادة معلوماته عن طبيعة  
المرض وطبيعة حياة المدمن بالمحافظة على التعافى .

ثانياً : الأهداف متوسطة المدى:

- تعرف الآثار السلبية للتعاطى ، والتي أثرت على حياته .

- أن يوضح له المعالجات الآثار الايجابية للإقلاع والتعافى .

ثالثاً : الأهداف قريبة المدى:

- اكتب له خطة للتعامل مع المشكلة .

- حدد وجهة نظر المدمن / المريض / فى المشكلة .

- حدد العوامل التي تساعد على الانتكاسة .

- اشرح للمريض التغيرات الأساسية التي يحتاج إلى إدخالها على حياته .

- حدد نوع ومصادر دعم الامتناع المتوافرة فى الوقت الحاضر .

(أرثر.بي.جونجما، له مارك بيترسون ، ١٩٩٧ ، ص ص ٢٩-٣١)

وقد قدم الباحث نموذجاً لتكيفية التعامل مع حالة إدمانية ، كانت تعاني من  
المشاكل الآتية:

- الاعتماد على المخدر كنمط للحياة .

- الفجّل .

- عدم توكيد الذات .

- الاكتئاب ومشاعر الذنب .

- اضطرابات جنسية أخذت شكلين منحرفين ، هما:

\* جنسية مثلية سلبية .

\* تعلق جنسى بالمحارم .

- القلق والتوتر المرتبط بالمواقف الاجتماعية (الفوبيا الاجتماعية) ( مصدر

حسن غاتم ، ٢٠٠١ ، ص ٢٩٣ ) .

وبعد خطوة تحديد المشاكل ، تبدأ فى وضع البرنامج العلاجى ، والذي يجب

أن يتناسب مع طبيعة وحجم المشكلة وطبيعة التدريب ، الذى تلقاه الأخصائى النفسى الإكلينيكى فى هذا الصدد ؛ فعلى سبيل المثال تم التعامل مع مشاكل المريض السابقة (الإشارة إليه) من خلال استخدلم عديد من الفنيات العلاجية ، مثل :

العلاج النفسى التدعيمى / العلاج النفسى السلوكى (أسلوب الاسترخاء العضلى/ أسلوب توكيد الذات) / العلاج العقلانى / الانفعالى، مع الأخذ فى الاعتبار أن هذا البرنامج للعلاجى قد استمر ما يزيد عن الأربعة أشهر/ داخل المستشفى/ وثلاثة أشهر متابعة من خارج المستشفى من خلال وحدة الرعاية اللاحقة OPD (محمد حسن غانم، ٢٠٠١، ص ص ٢٧٨-٣٠٦) .

وإذا كان المدمن-فعلاً-يعانى من مشكلة القلق ، فيجب تدريبه على كيفية التعامل مع القلق، وإن تكون مهارة استخدام هذه الفنيات وسيلة من الوسائل التى يلجأ إليها فى أسلوب حياته العادية ، ومن خلال تصميم برنامج معين .

وإذا كانت المشكلة تتمثل فى عدم القدرة على حل ما يواجهه المدمن من مشكلات أو قدرة على اتخاذ القرار (ذلك لأن ستونر وفكلر) يريان أن حل المشاكل واتخاذ القرار، عمليتان متلازمتان وتسيران ، وفق نموذج يتواصل عبر أربع مراحل هى:

- تحديد المشكلة .
- وضع أكبر قدر ممكن من بدائل الحلول (لأنه لا يوجد حل واحد نهائى ومتفق عليه لأى مشكلة) .
- التقويم أو القدرة على اختيار الافضل من بين البدائل المتاحة .
- الشروع فى تنفيذ البديل (الذى اختاره وقضله الشخص) ومتابعة تنفيذه .

(Stoner & Wankler., 1986)

ذلك لأن الإيمان أيضاً يكون قد أكسب الشخص عديداً من السلوكيات الجديدة (والخاطلة) والتي لم تتكون ، بين عشية وضحاها، ولكن مع تكرار التعاقب تتراكم وتتدعم أساليب وعادات جديدة .. ومن ثم فإن علاج مثل هذه العادات وإقناع الشخص (ليس بالقهر) عن التخلّى عنها سوف يستوجب بعض الوقت ..ومساحة واسعة من الفهم والاستبصار من قبل للشخص المعنى بالتدريب على هذا الأمر .

(Kim, et al., 1998)

- ولذا فإن التدخلات العلاجية في (الإدمان) وفق خطوات محددة تكون كالآتي:
- ١ - أجمع بيانات كاملة عن تعاطي الخمر أو المخدرات، تشمل : الكمية وطريقة الاستعمال والأعراض والعلامات والنتائج...إلخ.
  - ٢ - قوم وظائفه الذهنية المعرفية وشخصيته ودور كل منها في إصابته بالإدمان.
  - ٣ - ابحث عن وجود مدمنين آخرين في الأسرة ، وبين علاقة نمط تعاطيهم بتعاطي المريض (المدمن الحالي الذي تتعامل معه).
  - ٤ - ادرس المواقف الصاغطة التي قد تشجع على الإدمان (أو الاستمرار فيه).
  - ٥ - بين للمدمن آثار الإقلاع أو التعافي الإيجابية (بعيداً عن الخطب والمواعظ).
  - ٦ - حدد العوامل التي من الممكن أن (تدفع) المدمن إلى الانكاس.
  - ٧ - اشرح للمدمن التغيرات الأساسية التي يحتاج إلى إدخالها على حياته ؛ حتى يحافظ على وعيه وامتناعه عن التعاطي.
  - ٨ - حدد مصادر دعم (الامتناع) المتوافرة في الوقت للحاضر.
  - ٩ - اكتب خطة للرعاية اللاحقة حتى يستمر (المدمن المتعافي) محافظاً على (التوقف عن التعاطي).
  - ١٠ - اشرح له كيف تساهم ظروفه البيئية في استمراره في الإدمان ، والطريقة أو الطرق التي تعوق بها التعافي.
  - ١١ - وضع له حاجته إلى ظروف معيشية أكثر استقراراً وسلامة ؛ حتى يتم تعزيز تعافيه.
  - ١٢ - قم بعمل الترتيبات اللازمة لإنهاء الظروف المعيشية الحالية ، والانتقال إلى مكان يدعم التعافي بشكل أفضل.
  - ١٣ - ساعد المريض (للمدمن) على اكتساب الاستيعاب بالتغيرات ، التي عليه إجراؤها في حياته حتى يحافظ على تعافيه على المدى البعيد.
  - ١٤ - كلف المريض بكتابة خطة خاصة بما سيقوم به بعد الخروج من المستشفى وراجعها معه ؛ للتأكد من أنها تفي بالغرض المطلوب.
  - ١٥ - انصح المريض بحضور اجتماعات المدمن المجهول، ثم القيام بشرح تأثير هذه الاجتماعات على شخصه.

١٦ - كلف المريض بمقابلة عضو من أعضاء جمعية المدمن المجهول ، قام بتنفيذ برنامج الالتهى عشرة خطوة لعدة سنوت ، حتى يكشف المريض الطريقة التى استفاد بها ذلك المعضو من البرنامج فى المحافظة على تعافيه ، ثم ابحت نتائج المقابلة مع المريض .

١٧ - حرر عقداً مع المريض حول عدم استخدام مادته المخدرة (المفضلة) ، ثم ناقش انعكاس العقد على حالته الانفعالية .

١٨ - استكشف مع المريض مصادر الدعم للشخصى الايجابية المتوافرة اثناء الامتناع ، وناقش معه وسائل تنمية وتعزيز نمق تدعيمى إيجابى .

١٩ - قدم دور ظروف معيشته فى تشجيع نمط إدمانه المواد المخدرة والمسكره .

٢٠ - كلف المريض بتحضير قائمة تحتوى على الاثار السلبية للإدمان على ظروف حياته الحالية .

٢١ - اطلب من المريض عمل قائمة بآثار التعافى الإيجابية على حياته ، واستعرض القائمة وادرسها معه .

(أرثر جوتسما ، لو مارل ثيرسون ١٩٩٧ ، ص ٣٠-٣٣) .

وما سبق ما هو إلا مجرد (نموذج) لما ينبغي أن يقوم به الفريق العلاجى حيال المدمن ، الذى (يدخل) للعلاج للمرة الأولى ، ويتضح أيضاً مدى امكانية دخول وتعاون أفراد اسرة الشخص المدمن كطرف فى العملية العلاجية . فضلاً عن ان (المدمن) بعد أن يجتاز مرحلة الأعراض الانسحابية .. فإنه لابد أن يشارك فى إعداد الكثير من خطوات البرنامج العلاجى الخاص به . وان (يقوم) و(يقيم) حياته (قبل) الإدمان (وبعد) الإدمان ، وما (تصوره أو توقعاته) لما سوف يجده من (عقبات ومخيرات) قد (تدفعه) مرة الى أخرى إلى الانتكاس . مما يؤكد حقيقة سبق أن ذكرناها ، وهى : أن الاقتصار على التدخل الطبى فقط لا يفيد فى علاج الإدمان .. وأن عديداً من الدراسات قد وجدت أن (الاقتصار) فقط على (التدخل) الدوائى أو الطبى) يجعل بحدوث الانتكاس . وهذا يؤدى بالطبع - كما سبق وذكرنا - إلى :

السمعة السيئة لعلاج الإدمان ، ويأس الأبوبين من شفاء أبنائهم من (داء) الإدمان ، وسيطرة (الانتكاسة) كواقع (مؤلم) على الجميع .. مما قد يؤدى فى بعض الأحيان إلى إصابة (الفريق العلاجى) باليأس والإحباط (وقد مررت كثيراً بهذه

الخبرة إبان عضويتي فى إحدى الفرق العلاجية التى تعالج المدمنين ..بيد أننى تعلمت من المدمنين أن الانتكاسة جزء من العلاج) .

#### المدمن المنتكس :

يمثل الانتكاس Relapes أحد أهم (الانتكاسات) التى توجه إلى النظام العلاجى فى مصر- كنموذج- مما يؤدى إلى عديد من المفاهيم للباطلة عن (الفريق العلاجى) الذى يتولى علاج الإدمان ، وفى دراسة عام ١٩٩١ ميدانية من واقع المستشفيات (سواء العامة أو الخاصة) التى تعالج الإدمان فى مصر..لاحظت وسجلت ورصدت الباحثة الحقائق الآتية:

#### ملاحظات حول برامج العلاج المقدمة للمدمنين :

##### أولاً: المستشفيات العامة :

- ١ - أن المدمنين ليس لهم عدير خاص، وإنهم دائماً مختلطون بالمرضى العقليين (فى المستشفيات النفسية والعقلية بالطبع) .
- ٢ - كثير من مدمنى المخدرات شخصيات عامة ، وتخشى دخول هذه المستشفيات حفاظاً على سمعتها مستقبلاً بعد العلاج وأثناء العلاج.
- ٣ - إن العلاج بالمستشفيات العامة لا تتوافر له السرية الولوجية .
- ٤ - الأسلوب العلاجى يفتقر إلى الشمولية لعمليات العلاج وعملية التأهيل، فهناك قصور واضح ؛ خاصة فى عملية الإرشاد النفسى والاجتماعى الذى يقدم للمدمن .
- ٥ - عدم إشراك المدمن فى (خطة) علاجه ..فالمدمن من وجهة نظر الفريق العلاجى شخص مريض عقلياً ، ولا جدوى من إشراكه فى العلاج .
- ٦ - لا يوجد مستشفى واحد حكومى متخصص فى علاج الإدمان ، على الرغم من تصاعد مشكلة الإدمان وانتشارها .
- ٧ - الإهمال الواضح فى عدم الرقابة فى الزيارات ؛ خاصة فى المستشفيات العامة . فالزيارة مفتوحة فى كل أيام الأسبوع ولذى يتحكم فى الزيارة هو المريض وليس الطبيب .
- ٨ - سهولة الحصول على (المخدرات بكافة أنواعها) داخل المستشفيات العامة وبوفرة .

٩ - عدم استمرارية المدمن فى العلاج.. فالمدمن لا يتحمل بقاءه فى المستشفى فترة ثلاثة أشهر (المدة المقررة للعلاج) .

**ثانياً : القصور والملاحظات للمستشفيات والعيادات الخاصة بعلاج المدمنين :**

١ - ارتفاع التكلفة العلاجية .

٢ - إن عمل الأخصائيين النفسيين (كمثال) يكون غير مكتمل (أو لا يتم التعاون بينه وبين أعضاء الفريق العلاجى من جانب ، أو بين أفراد أسرة المدمن من جانب آخر .

٣ - تفتقر المؤسسة الطبية للعلاج النفسى الحديث الذى يقدم فى الخارج (العلاج الفردى-العلاج الجماعى وغيره من الأساليب) .

٤ - اقتصاد المؤسسات الطبية الخاصة للعلاج بالميثادون ، فبعض هذه المؤسسات تعالج بالميثادون ، والبعض الآخر يعالج بالأنسولين المخفف، ويعتلون ذلك بأن العلاج بالميثادون مكلف جداً .

٥ - عدم متابعة المدمن للمصححة بعد خروجه .

٦ - عدم حدوث المتغيرات البيئية المطلوبة.. وكلها تشجع على العودة مرة أخرى إلى التعاطى .

(ماجدة حسين ، ١٩٩١ ، ص ١٣٨-١٤٠) .

#### **خطة للتعامل مع المدمن المنتكس:**

لاشك أن التعامل مع المدمن (الذى قدم للعلاج للمرة الاولى فى حياته) يختلف التعامل معه عن مدمن (قد انتكس مرة أو أكثر) .. لأن مدة التوقف عن التعاطى تختلف من (مدمن متوقف) إلى (مدمن آخر) . كما أن مسألة الذهاب للعلاج تختلف من مدمن إلى آخر .. لأن بعض المدمنين للمتوقفين بمجرد أن يضعف ويتناول جرعة واحدة من مادته المخدرة يسارع إلى المستشفى للعلاج (وتسمى فى مثل هذه الحالة سقطة Lapse) . فى حين أن بعض المدمنين (يستمرئ) السقوط ويواصل التعاطى بشراهة، وأنه ليس لديه ما يخسره ، وأن شعاره يكون فى هذه المرحلة (ضربوا الأعور على عينه قال خسراة .. خسراة أو يتملح بالمثل الشعبى الآخر: ماذا سيأخذ الريح (أو حتى العواصف) من البلاط (١٢) .. وقد يواصل انحداره ، ونجد واحداً من ثلاث احتمالات :



١ - إما أن يواصل التعاطي ويكتافة فيحدث له موت مفاجيء (Over dose) . وفي هذه الحالة يكون (غاضباً من نفسه، وخجلاً من عودته أمام الآخرين بأنه قد توقف وسوف (يستقيم) وحين حدث ما حدث (زالت الأرض) من تحت قدميه .. وفقد الأمل (والنصير) و(السند) وأصبحت الحياة (فراغاً خفراغ) .

٢ - وإما أن ينتبه أفراد أسرته إليه .. ويأخذونه طوعاً أو كرهاً (وفي الغالب كرهاً) للعلاج في المستشفى ، وفي الوقت نفسه (فالقدين للأمل فيه) وقد يعيشون تجربة الاكتئاب .. وقد يحدث فعلاً تغير في الأدوار والعلاقات والتفاعلات .

٣ - أو قد ينتبه المدمن الذي انكس (في لحظة شافية) إلى خطئه في (الانتكاس) ويذهب من تلقاء نفسه للعلاج .. رغباً في أن (يستفيد) ومتسلحاً بأول الدروس وأعظمها من ضرورة أن يقرى إرادته ، ويجب أن (يقاوم) ضغفه أمام المخدر، ويجب أن (يبتعد) عن كل (ما يثيره) أو (يذكره) بالمخدر وطقوسه وعاداته وتقاليده .

تلك كانت ملاحظاتنا على (عشرات) من المدمنين ، الذين مروا بتجربة الانتكاس .

وتسير الخطة العلاجية للتعامل مع المدمن الذي انكس ، في الخطوات الآتية:

١ - أطلب من المريض كتابة قائمة بأنواع السلوك والاتجاهات والانفعالات المرتبطة بالانتكاس ، واستعرضها معه (أو كما كنا نفعل نقوم بتطبيق قائمة مواقف التعاطي .. وهي مجموعة من الأسئلة التي تعكس عديداً من المواقف بصورة ميسرة .. ويقرأ المدمن (الذي انكس) أو يقوم الأخصائي النفسي بقراءته له .. ويحددان معاً العوامل التي تدفع إلى الانتكاس .. بل يقومان معاً بالترتيب (للتنازلي) لهذه المواقف .. ومن وجهة نظرنا فهي خطوة جادة لأن الاستبصار ، بالمواقف الدافعة للانتكاس ، ووعي الشخص بها تجعله أكثر حذراً ، بل واستعداداً لمراجعتها .

٢ - كلف المريض بقراءة كتاب عن الانتكاس وتناقشا معاً ، وإذا كان هذا يمكن أن يحدث في المجتمع الغربي .. حيث انتشار عادة القراءة .. فقد لاحظ الباحث أن عديداً من المدمنين لا يميلون إلى عادة القراءة ، وإذا فعلوا (فيسرعة وكأنه موقف ضاغط) يريدون التخلص منه .. ذلك لأن القراءة تحتاج إلى : تركيز ، مثابرة ، أعمال العقل والفكر ، مقارنات .. إلخ ، وإذا كنا (نسد) هذا الجانب من خلال:

١ - المحاضرات التثقيفية والتي تتناول (مواضيع متعددة) حول قضايا متعددة فى الإدمان.

٢ - أن يقوم أحد الأشخاص (المتعافين) بسرد تجربته فى الانكسار، أو الإجراءات التى اتخذها حيال مواجهة هذا الموقف.

٣ - أن يقوم أحد أعضاء الفريق العلاجى (بقراءة فصول مختارة من قصص وحكايات المدمنين المتعافين) مركزاً على أوجه الاستفادة والخبرة التى يمكن أن (نستنتجها) من هذا الحادث. لكن كل ما سبق لا يمنع أن (نسمى) عادة القراءة لدى المدمن.. وإن كانت من خلال خبرتى فى (علاج هذه الحالات) .. إن القراءة تبدأ فى مرحلة (التأهيل) .. وسوف نتناولها لاحقاً).

٣ - كلف المريض بقراءة كتاب أو كتيب عن التعافى. حدد بعض البلود التى يحتوى عليها، والتى لها علاقة بحاجة المريض وناقشها معه (كما هو واضح هنا الهدف من القراءة هو أن نجعل المدمن (الناقه) يشغل عن (مشكلته) بقراءة مشاكل الآخرين، إلا أنه فى الوقت نفسه يجد مشاكله وقد تشابهت أو تشابكت، مع مشاكل الآخرين .. إضافة إلى أن القراءة فى حد ذاتها مجهود.. وشعور المدمن (الناقه الآن) أنه قد قام بهذا المجهود.. بل وتوصل الى نتائج (على الأقل فهم خبرة وتجارب الآخر) فإن ذلك يعطيه مزيداً من الثقة فى النفس، إضافة إلى أن تجارب الآخرين تعطيه إمكانية (تكرار تجاربهم) وربما بصورة أفضل حتى يثبت لنفسه وأيضاً للآخرين (الفريق العلاجى - أسرته الصغيرة.. أسرته الكبيرة.. زملاء العمل، الرفاق.. إلخ) أن إرادته مازالت قوية وقادرة .. وأن محنة المخدرات (محنة وعدت). كما يمكن -بخلاف القراءة- أن تكلف المريض بأى عمل آخر.. وليكن مثلاً القيام بتمارين (استرخاء)، من ان المريض.. يجيد استخدامهما، وأنها يمكن أن تكون (منهاج عمل) له يلجأ إليها وقت أن يشعر بالتوتر).

٤ - ساعد المريض على استعمال مهارات تأكيد الذات (وهذا هو فى الواقع أهم تدريب.. إذ إن من خلال خبرة للباحث فى هذا الموضوع.. وجد أن غالبية المدمنين يعانون من الفجّل.. وأن عدم (تدريبهم) على استخدام هذا (الحق أو المهارة) يجعلهم خاضعين وخائعين للآخرين.. هذا الخضوع (يفقدهم الثقة فى الذات) .. مما يولد مشاعر (سلبية وكريهة) .. هنا قد يلجأ إلى (المخدرات أو

الكحوليات) هروباً من هذه المشاعر (من جانب) .. ومحاولة لعلاج هذا (الخطأ فى شخصيته) من جانب آخر .. وهى طبعاً حلول ذاتية لا تؤدى إلى نتائج إيجابية .. وبالتالي لابد من التعامل مع مشاعر الخجل لدى المدمنين (محمد حسن غانم ، ١٩٩٤ ، ص ص ٥٢-٥٧) .

وكان يتم تدريب (مثل هؤلاء الأشخاص) الذين يعانون من خبرة الخجل .. وعدم تأكيد الذات أو الخوف من التعبير عما يجيش فى نفوسهم من خلال : جلسات العلاج النفسى الفردى .. حيث كان يتم التدريب على :

- الاستجابات الاجتماعية المطلوبة والملائمة
- أن يعبر عن موقفه ومشاعره ، إزاء الموقف المحدد (والمدار الآن ومن قبل أفراد للجماعة) .
- التحكم فى نبرات الصوت .
- استخدام الإشارات .
- الاحتكاك البصرى من حيث ضرورة النظر إلى الشخص الذى يتحدث إليه (بدلاً من عدم النظر إليه .. والنظر إلى الأرض .. أو أى زاوية أخرى) .
- كيفية الدفاع عن حقوقه دون أن يتحول إلى شخص عدوانى (لأن الفارق بين الدفاع والهجوم فارق بسيط وليس شاسعاً) .
- ضرورة أن يدرك الفرق بين العدوان وتأكيد الذات (فإن أعبر عن رأى ... ولا أفرض هذا الرأى على الآخرين .. وفى الوقت نفسه من حق الآخر أن يعبر عن رأيه (مثلما قمت أنا بالتعبير عن رأيي) .. دون أن أفرض على الآخر ضرورة الانصياع والخضوع لرأىي .
- أن يدرك الفرق ، بين الخضوع للآخر (دون إرادة) وأن يتفق مع آخر لأن هذا الرأى أو الموقف يتفق مع رأيي وبالتالي تأكيدي لذاتي .
- تشكيل سلوكه تدريجياً حتى يتم (اكتساب) هذه القدرة .
- التدعيم الإيجابى لكل سلوك جيد وجديد .

وكانت كل هذه للتدريبات تتم فى جلسات فردية تضم المعالج (كاتب هذه السطور) والمدمن (لنأفقه المنتكس سابقاً أو حتى غير المنتكس) .. إذ لاحظت أن بعض المدمنين ، مثلاً ، كان من شدة الخجل :

- نبرات صوته غير محددة.
- نظراته تلامس (طرف حذائه).
- تننابه حالة من (التعرق) الشديد (حتى فى فصل الشتاء).
- تشعر وكأنه (يجذب) صوته من (أعماق بعيدة).
- وكان يتم تدريب المريض فى الجلسات النفسية للفردية على:
- ١ - أن تكون العبارة أو الرأى الذى يريد أن يقوله فى موقف ما عبارة واضحة ، لا لبس فيها ولا تحتل التأويل.
- ٢ - فى الوقت نفسه لا تشير العبارة أو العبارات إلى توجيه أى عدوان أو احتقار إلى الآخر.
- ٣ - أن تمكس اللغة الهدف (الذى تريد الوصول اليه) بلا (لف أو دوران).
- ٤ - ألا تترك أى مجال لتصعيد الخلاف ، وإنما فقط التركيز للوصول إلى الهدف.
- ٥ - إذا طلب منك الآخر بعض (الايضاحات) فيجب أن تكون واضحة (وقصيرة) بدلا من الدخول فى سلسلة من التبريرات والاعتذارات ، مع احتمال الوقوع فى الخطأ فالتبرير فالأسف.. إلخ.
- وكل ما سبق كان يتم من خلال:
- تدريب المدمن (المريض) على أن يقول ما سبق من خلال (نبرة صوت) معينة .
- وأن يحافظ على (التلامس أو الاحتكاك البصرى مع الشخص الذى يحادثه) .
- أن يتدرب على النطق (دون خوف) أو (قلق) أو (الجلجلة)
- أن يحافظ على مستوى صوت (معتدل) بعيداً عن (الهمس) أو الصراخ (والزعيق) .
- أن يحافظ على وضع بدني (أثناء حديثه مع الآخر يتمس بالثقة ، ويتبعد عن العصبية ، أو الحركات اللاإرادية التى قد تكثير غضب الآخر وعدوانه) .
- فإذا تم كل ما سبق، واكتسب المريض (الثقة) فى نفسه . طلبت منه أن يجلس بجوارى فى الاجتماع الصباحى (والذى يضم كافة مرمى العنبر وأعضاء الفريق

العلاجى) واطلب منه ان (يفتتح الجلسة) . فحظ يقول : بسم الله الرحمن الرحيم . ومن خلال نظرة (التشجيع والتدعيم له) أستطيع أن أحكم ما إذا كان سيواصل أم لا . فإذا توقف (فى الجلسة الفردية) . أشجعه على هذا السلوك الجيد والجديد .. وعليه أن يستمر . ولماذا يخاف . هل إذا تحدث (ضحك عليه الآخرون) . هذا لن يحدث . وإذا حدث . نفترض أن مريضاً ضحك . فلا شك أنك الأفضل . لأنك فى موقف (القيادة) (والظهور على المسرح) . ولن (تهدم) للندى إذا تحدثت . ثق فى نفسك وواصل . وعن طريق هذه (التدعيمات) . ومناقشة كل ما قد يتصوره المدمن (الناقه) من أخطار (متخيلة) قد يتعرض لها أثناء الحديث . كان يتم علاج مثل هذه الحالات .. وكان المريض : يقود الجلسة الصباحية كاملة . وفى هذه الحالة كان ينتقل من جلسات العلاج الفردى إلى جلسات العلاج النفسى الجماعى . حيث سيواجه مجموعة من (الزملاء الذين يعانون من مشكلة إدمان مثله) ومن خلال (الفنيات) المستخدمة . سيسمعه الى (الآخر) . ولابد أيضاً أن (يعبر) عن نفسه . وعن مشاعره . وعن انفعالاته وهذا - من وجهة نظرنا - إنجاز جيد من أجل (السيطرة) على إرادته ونفسه .

٥- ساعد للمريض على فهم الانفعالات القوية وتحملها أثناء جلسات العلاج النفسى الجمعى أو الفردى . (حيث يجب على المعالج ألا يفاجأ بوجود كم هائل وغير منطقي من انفعالات المريض تجاه موضوع معين . ويقوم المعالج بالشرح والتفسير لمثل هذا السلوك فى الموقف المناسب (انظر: أنطوى ستور، ١٩٩١) .

بيد أن العلاج النفسى الجمعى قد يختلف فيه الأمر قليلاً ؛ إذ إن المريض فى هذا الموقف يكون مع آخرين . وقد يثيرون انفعالاته . وقد (يشتبك) مع أحد الأعضاء فى (موقف انفعالى) . وللمعالج يعلم جيداً أن هناك عدداً من صور المقاومة (حتى للعلاج) من خلال مجموعة من العوامل الشعورية - أى التى يعيها الشخص . . وعوامل لا شعورية تعبر عن نفسها فى :

- اللامبالاة وعدم الاهتمام .

- الصمت .

- مقاومة للعلاج ذاته .

- الخوف من الشفاء .

- تفضيل الراحن على اللاحق .

- نسيان مواعيد الجلسات.
  - الانشغال بفشطات أخرى أثناء الجلسة.
  - الإصرار على الخروج (مضد للنصح الطبي).
  - التأخر في حضور الجلسات.
  - استفزاز الآخرين.
  - افتعال للمشاجرات.
  - للمسغبة من الآخرين.
  - للمزاح غير الملائم للموقف.
- وغيرها من المواقف التي يمكن رصدنا (محمد حسن غانم، ٢٠٠٣، ص ١٦٣-١٦٤).
- ولابد للمعالج النفسي أن يكون على (بيئة) من أن هناك صعوبات في العلاج النفسي للجمعي للمدمنين ..أوردها بعض الباحثين في النقاط الآتية:
- خبرة فشل سابقة في العلاج النفسي الجمعي.
  - اتجاهات غير مرضية نحو العلاج النفسي بصفة عامة والعلاج النفسي الجمعي بصفة خاصة ، أو أن العلاج النفسي لا يتم إلا (للمجانين).
  - ضعف الاستعداد للقيام بالواجبات العلاجية المطلوبة .
  - زيادة مستوى الانطوائية والانزوائية.
  - كراهية مفهوم العمل الجماعي والتواجد في (حاضرة) الآخرين.
  - توقعات (فاشلة) من المرور بخبرة للعلاج.
  - ضعف الثقة في الجماعة العلاجية.
  - نقص المهارات الاجتماعية.
  - عدم الاقتناع بمفهوم العلاج النفسي الجمعي (من خلال نقص المعلومات عنه ، أو تكون لديه معلومات مشوهة).
  - انخفاض مستوى الدافعية.
  - ارتفاع مستوى العنف لدخل الجماعة.
  - عدم الانصياع لمعايير الجماعة العلاجية.

- الخوف من سخرية الآخرين منه داخل الجلسة العلاجية.
- الخوف من اللبذ من الآخرين.
- عدم الشعور بالارتياح من مكان الجلسات العلاجية.
- الخوف من سلوك أعضاء الجماعة العلاجية ، الذين يحضرون الجلسة بعد انتهاء الجلسة العلاجية.
- الخوف من مواجهة الغريباء.
- الخوف من مواجهة الشلل الصغيرة داخل الجلسة العلاجية.
- الخوف من إفشاء الأسرار.
- اتجاهات سلبية نحو المؤسسات العلاجية.
- طول مدة للجلسة العلاجية.
- ضعف الروابط الانفعالية بين للمعالج والجماعة العلاجية.
- عدم مناسبة مواعيد للجلسة العلاجية.
- الاعتقاد بأنه قد شفى وأيس فى حاجة الى العلاج (حيث يقتصر مفهوم الشفاء لدى البعض على إزالة الاعراض الاستجابية).
- (مدحت أبو زيد، ١٩٩٨ ، ص ص ٢٠٩-٢٩٣) ، (Soldz, 1993).
- وبالطبع فإن قيادة المعالج لجماعات للمدمنين تتطلب منه مهارات معينة، إضافة إلى ضرورة توافر مهارات فى التعامل مع بعض الحالات ، مثل :
- المحتكر للجلسة.
- الصامت.
- العدوانى أو العنيف.
- الذى يتحدث (نيابة) عن الآخرين.
- وغيرها من الحالات التى ذكرها لطفى فطيم (لطفي فطيم ، ١٩٩٤ ، ص ص ١٩١-٢١٨) .
- ٦ - اطلب من المريض جمع ملاحظات عن الأشخاص القريبين منه، وأن يوظف هذه القائمة فى إعداد قائمة بسلوكه واتجاهاته قبل عودته إلى التعاطى (أى قبل الانتكاسة الأخيرة) ساعده على استيعاب وفهم (الفيد باك) الموجه إليه أثناء الجلسات النفسية الجماعية.

ويمكن أن تتم الخطوة السابقة من خلال الاجراءات الآتية:

- أن يطلب للمعالج من كل شخص أن يكتب-من وجهة نظره-صفات الشخص الآخر دون أن يذكر اسمه.

- يجمع المريض (كل الأوراق التى كتبت عنه) ويضعها فى قائمة وفقاً للترتيب التصاعدي (مثلاً) ، وأن يساعد المعالج فى ذلك.

كما يطلب للمعالج من كل مريض أن يذكر (فيدباك) حول الجلسة ومدى استفادته أو عدم استفادته من الجلسة ، قيل أن تنتهى الجلسة النفسية الجماعية .. وأن يذكر المريض ذلك بصورة واضحة ومحددة ومختصرة .. كما قد يتصادف ان يكون الشخص هو موضع الحوار والتركيز فى الجلسة العلاجية .. وبالتالي سوف يتحدث ويشارك بقية أعضاء الجماعة العلاجية عن (فيدباك) الخاصة بهم نحو هذا الشخص .. ولا بد للشخص أن يكون مستعداً ومتقبلاً لوجهات نظر الآخرين ، حتى وإن اختلفت بعضها مع مايعرف عن نفسه .. فليس المطلوب أن (تتطابق) وجهات نظر الآخرين معنا .. بل أن نحترم ونفصح المجال (لوجهات النظر الأخرى) حتى وإن اختلفت (معنا فى بعض الجوانب).

٧- كلف المريض بكتابة سيرته الذاتية بصورة مختصرة بادئاً بأولى محاوراته للإفلاخ والمحاولات التى تلتها حتى الوقت الحاضر، وأقرأها عليه لتحصل منه على (فيدباك) خاص بالعوامل المؤدية للانتكاس ، ولكى تحول هذه الخطوة الى واقع عملى .. كنت أطلب من المريض أن يكتب حكايته مع الإيمان .. بما الظروف التى قادته إلى التعاطى فى المرة الأولى ..وما الأحاسيس التى مر بها ..وما الظروف التى قادته إلى (معاودة) التعاطى مرة أخرى ..وهل (أخلص) لمخدر ما .. أم أنه قد تنقل بين أكثر من مخدر ..وما الذى يجده فى كل مخدر ..ومرات العلاج .. وأسباب الذهاب للعلاج فى كل مرة .. وإذا كان قد (لنتكس) أكثر من مرة- فهل السبب (أو الأسباب) واحدة أم متنوعة ..ثم أطلب منه بعد أن تتم مناقشة كل ما كتبه من خلال تحديد (النقاط السابقة) أن يحدد لى قائمة بالعوامل والأسباب ، التى (من الممكن) أن تضعه وتقوده إلى الانتكاس ..وهل هذه العوامل (داخلة) أم فى الغالب تكون (خارجة) أم (من العاملين معاً) ..وهل هناك عامل أو سبب أو دافع قد دفعه إلى الانتكاس .. وهل هذا العامل (تكرر أكثر من مرة) أم أنه (تكرر لمرة واحدة) وانتهى تأثيره .. وهى أمور مطلوبة حتى:



- يعرف المدمن (المريض) الأسباب التى تقوده لى الانتكاس.

- السيطرة على هذ العوامل.

- التهيدو والاستعداد للنفسى للمواجهة.. لأن المدمن هو فرد أصيب بمرض مزمن يتقدم دائما إلى الأسوأ. وكلما تدهورت حالته ضعفت الأنا لديه، وانحدرت صورة الذات. ويتناهب العار والخجل والإحساس بالذم؛ مما يؤدى به إلى إقامة دفاعات للتحكم فى تلك المشاعر المؤلمة. ومع ازدياد الآمه النفسية تزداد صلابة دفاعاته، ويسقط فى النهاية فريسة لتلك الدفاعات النفسية.. ولذا من المهم تصحيح كثير من الأفكار الخاطئة واللاعقلانية لدى المدمن (لطفي عطيم، ١٩٩٤، ص ٢٠٨).

ومن خلال الخبرة فى هذا المجال.. حيث كنت أطلب كتابة سيرة ذاتية من (بعض) المدمنين الذين مروا بتجارب فى الانتكاسة.. أو حتى بعض المدمنين الذين أقدموا للعلاج للمرة الأولى.. من حيث الحديث عن:

- طفولته.

- علاقته بالأم.

- علاقته بالأب.

- علاقته بإخوته وأخواته.

- علاقة الأب بالأم.

- أهم المشاكل التى واجهها من وجهة نظره.

- تشككته الاجتماعية ورايه فى ذلك.

- المدارس وموقفه من للتعليم.

- علاقته بالمدرسين وزملاء للدراسة.

- كيف كان يولجه بعض (الصعوبات) سواء للدراسية أو للمتعلقة بعلاقاته الاجتماعية.

- العوامل التى قادتته إلى التدخين، حيث لا يوجد مدمن لا يدخن، وكأن التدخين هو (البروفة الأساسية) قبل التولج إلى مسرح عمليات الإدمان.

- ومن أين كان (يدبر) مصاريف للتدخين.

- وتجربته مع التعاطى للمرة الأولى.

- وما السلوكيات (الجديدة) التي رافقت دخوله الى مجال (التدخين) أو (التعاطى) ؟

- ومتى تم اكتشافه (كمدمن) من قبل افراد الأسرة .

- رد الفعل حيال هذا (الاكتشاف-للخطير) .

- المحاولات العلاجية . وأسبابها فى كل مرة .

- اسباب الانتكاسة من وجهة نظره فى كل مرة .

- ومن خلال (تجميع) عدد كبير من (نماذج السيرة الذاتية) للمدمنين ، يمكن ذكر الملاحظات الآتية :

١ - أن هناك بعض المدمنين (يبالغ) فى وصفه لذاته ، وأن تربيته كانت مثالية . وأن (مؤامرة) خارجية هى التى أوقعته فى الإدمان . وأنه وأسرتة برىء من أى عوامل أدت به إلى ذلك .

٢ - بعض المرضى من المدمنين (يبالغ) فى تحقير نفسه وتحقير تشلته . وأنه (هو الضحية) لتجارب الآخرين فيه . ونجده يتحدث مثلاً عن والده (ذلك الرجل المزواج . . . الكذاب . . . المراوغ . . . الشهوانى) أكثر من حديثه عن نفسه . حتى يشعر أن (إعدام) الأب هو (العلاج الوحيد) والشفاء التام لمرض إدمان هذا الشخص (بل وأشخاص آخرين) .

٣ - بعض المدمنين يذكر أن أسرته لم (تقصر) فى تشلته أو تلبية مطالبه . بل إن أسرته (متديئة) وعلى خلق . وأنه (هو المسئول) عن إدمانه ، وأنه يشعر (بالذنب وللخزى والعار) لما سببه لأسرته من آلام نفسية وبدنية حين تم اكتشافه (كمدمن) .

٤ - بعض المدمنين يعجز (تماماً) عن ذكر أى تفاصيل لحياته أو ما يتذكره منها (قبل إدمانه) . . . وتحول سيرته الذاتية التى يكتبها إلى مخدرات . . . وسهرات . . . ممتع . . . وانتكاسات . . . ومغامرات . . . وتجريب مخدرات جديدة . . . وأشخاص قد (توفروا) أثناء التعاطى . . . وتم التخلص منهم بلا أدنى (إحساس بالذنب) ، وأن المخدرات = الحياة ، وأنه لا يستطيع أن يتصور حياته دون هذا (الأكسير) الذى (يعنى ويثير) له الطريق .

٥ - بعض المدمنين أيضاً تقتصر سيرته على ذكر المخدرات . . . وكيف أن هذه (الملعونة) قد حطمت مستقبله . . . وحياته وجعلته (أصحوكة) للآخرين ،

وحطمت آمال (الوالدين) فيه .. ويريد أن يتخلص من المخدرات وسيطرته عليها .. ولكنه لا يعرف كيف ؟ وقد قدم للعلاج .. ويريد أن (نساعد) فى الإقلاع .. وأن يعود كما كان (خالياً .. متعافياً .. سليماً .. لا حرب ولا سلام مع المخدرات).

ولعل كل مامبق .. ومن خلال تحليل (ما يكتبه) للشخص عن (سيرته الذاتية) أنما يفيد المعالج - وكذا الشخص فى:

- تعرف نمط شخصية الفرد .

- تعرف وجهة نظره تجاه ذاته .

- مدى استبصار أو عدم استبصار الفرد بأضرار الإدمان .

- مدى وعى الشخص بالعوامل التى دفعته (فى المرة الأولى) إلى التعاطى .

- الأسباب التى قادتته إلى الاستمرار فى التعاطى .

- العوامل (الداعمة والمساندة) له فى البيئة على التعافى .

- العوامل المشجعة له على التعاطى واستمراره فى البيئة (كأن يكون له شقيق أو أكثر مدمناً .. وأنه قد تعلم الإدمان من شقيقه هذا .. وهذا الشقيق يتواجد معه فى المنزل نفسه .. وأنهما لا يلتقيان أبداً للعلاج .. هذا فى المستشفى فى حين يكون الآخر منتكساً وملازماً للمنزل .. فإذا خرج الذى كان فى المستشفى سلم الذى كان جالساً فى المنزل (رؤية الإدمان) .. وسلمه الآخر بدوره (رؤية العلاج والإصلاح ، لأنه ذهب إلى المستشفى) .

- مدى دافعية الفرد للإقلاع .

- رؤية الفرد لحياته المستقبلية (وهذا سؤال كان لابد أن يختتم به المدمن المريض سيرته الذاتية ، من خلال الإجابة عن هذا التساؤل: كيف تنظر وترى حياتك فى المستقبل .. أو بعد خروجك من المستشفى .. أو بعد انتهاء البرنامج العلاجى والتأهيلى لك ؟

ولاشك أن الإجابة عن كل هذه التساؤلات تفتح (مجال الوعى والدراسة ويمكن (المعالج مع المريض) من وضع تصور وخطط علاجية ، تتناسب مع كل مريض وفقاً لاحتياجاته والظروف المختلفة التى يحددها تعاطيه .. والأسباب التى تقود إلى الاستمرار .. وكذا ما يناسبه من علاجات نفسية أو طرق تأهيلية .

٨- اطلب من المريض كتابة عقد (عدم انتكاس) مع شخص يهيمه .تحدد فيه أنواع السلوك والاتجاهات والانفعالات المرتبطة بالانتكاسات السابقة ، مع ربطها بالتزام الطرف الآخر للموقع على العقد بتحذيره بصورة متفق عليها ، عند ملاحظة ظهور أى علامة تدل على الانتكاس (او التهيز له) .

(على الرغم من أن جميع العاملين فى مجال الإدمان وعلاجه يعلمون جيداً أن الإدمان يقود الشخص إلى (الانسحاب والانتزاع والانفرادية) من السياق الاجتماعى..كما أن المدمن -أيضاً-يكسبه الإدمان عديداً من السلوكيات التى لم تكن موجودة من قبل (مثل : السرقة-الكذب-النصب والاحتيال-اللجوء الى العنف...إلخ) ، كما أن علاقاته تسوء بكل أفراد أسرته..فهو يعد ولكنه لا يفى بوعده، ويقسم أن يلتزم..ثم بعد فترة -قلت أو طالت- ينتكس..ولهذا «تتهرب» علاقاته الاجتماعية مع الآخرين..وما يفعله نفسه مع أفراد أسرته..يفعله مع زملائه (إن كان مازال فى مرحلة الدراسة)..أو يفعله مع زملائه (إن كان منتظماً فى العمل)..ورغم كل ذلك يظل هناك شخص يشعر للمدمن أن له (قيمة) خاصة فى حياته..وأنه يريد أن يفعل شيئاً يرضيه)..ومن خلال ملاحظة كاتب هذه السطور..قد تكون هذه الشخصية فى الغالب:

-الأم.

-الزوجة.

-الابن.

-الأب.

-النفس (إنقاء لغضب الرب حين يفاجأ الموت ، وهو فى حالة إيمان أو

سُكر).

بيد أن كاتب هذه السطور -ومن خلال الخبرة-كان يتم استبصار، الشخص بأن (يتعافى) ويتوقف ليس من أجل الآخر ، وإنما من أجل نفسه..كما يمكن الإشارة - دون الدخول فى خطب أو مواظ زاعقة-عن قيمة النفس وقيمة الإنسان .خليفة الله فى الأرض .وكيف أن النفس أمانة يجب المحافظة عليها..وأنه بالتعاطى إنما (يهلك) نفسه و(ينتحر)..وهذا مخالف لما أمر به الله أن يكون..ثم نذكره بعد ذلك بأهميته بالنسبة للآخرين..وأن الشخص قد يستمد قيمته من خلال إحساس الآخرين به..وأنه مهم بالنسبة (لوالديه) .ومهم بالنسبة (لزوجته) إن كان متزوجاً ، وكذا

لأولاده..ثم بالخبرة تستطيع ان تحرر عقداً علاجياً مع بعض الأشخاص الذين نتوسم فيهم: الرغبة فى الالتزام ، ورغبتهم فى أن يروا شيئاً ذا قيمة ، يحدد لهم ملامح الطريق..كما أننا ومن خلال الخبرة كنا نجعل الشخص (المدمن المتوقف) يحفظ رقم تليفون (العناية اللاحقة) ، ويحاول الاتصال فى أى وقت يشعر أنه قاب قوسين أو أدنى من (الانتكاس) ..أو كنا نعطى لهم بعض أرقام التليفونات (الشخصية لبعض المعالجين الذين نشعر أن (المريض) يرتبط بهم عاطفياً أو عقلياً..وكم أنقذ هذا الاتصال كثيراً من المدمنين (المتوقفين) عن الانغماس والرجوع مرة أخرى إلى التعاطى.

#### والخلاصة:

لا بد أن نشعر المدمن (المتوقف) بقيمته، وأهميته كإنسان أولاً ثم نوسع مساحة الاستبصار بقيمته عند (الآخرين) ثانياً ، وهذا بالطبع (يثبت) خطى الشخص مع واقع، بل يجعله يتواصل معه دون مخدر.

٩- ساعد المريض على العودة الى الارتباط (أو الارتباط إذا كانت المرة الأولى له للملاج) بكفيل من جماعة «المدمن المجهول».

أولاً: ما جماعة «المدمن المجهول» هذه؟

نشأت هذه الجماعة أولاً فى الولايات المتحدة الامريكية..وبدأت نشاطها بجماعة «الكحوليين المجهولين»، Alcoholics Annymous ، نتيجة لانتشار تعاطى الكحوليات، فى الدول الأوروبية..وهذه الجماعة قد وضعت لنفسها كتاباً يسمى «الكتاب الكبير» والذي صدر قبل منتصف القرن الماضى وتحديداً عام ١٩٣٩..حيث أسس هذا البرنامج الرواد الأوائل (وكان عددهم مائة) .. وخبرتهم فى التوقف والتعافى التام من تأثير الكحوليات وهو البرنامج المعروف اختصاراً بجماعة الـ(AA)

وعلى المتوال نفسه أنشئت جماعة لمكافحة تعاطى المخدرات، وسميت مدمنو المخدرات المجهولون Narcotics Anonymous والمعروفة اختصاراً بالـ (NA) .. وتكونت أيضاً فى إحدى الولايات الأمريكية..وللجمعيةان تطوعيتان ولا تهدفان إلى الربح.. وتعتمد على (تبرعات) الأثرياء..ولها فروع عديدة فى مختلف دول العالم. (Alcoholics Anong, 1976)

ويستطيع أى شخص (توقف عن التعاطى) أن ينضم إلى هذه الجماعة بغض النظر عن : الدين،النوع،الوطن،الانتماء (حيث إن هذه الجماعة ليس لها انتماء ديني

- أرسياسى أوحى قومي) وتتلخص خطوات برنامجها فى (١٢) خطوة هى:
- ١ - الاعتراف بضعف الإرادة أمام المخدر ، وأنه لم تعد لدى الشخص القدرة على التحكم فى زمام أموره .
- ٢ - الإيمان بأن قدرة الله هى الوحيدة التى يمكن أن تنتشل المرء من إدمانه وإعادةه إلى جادة الصواب .
- ٣ - التوكل على الله وتسليم زمام الحياة له وحده دون سواه .
- ٤ - الشجاعة فى مواجهة النفس ، ومراجعة كافة أنواع السلوك والأفكار الضارة التى أدت إلى الإدمان .
- ٥ - الاعتراف لله وللنفس ولشخص آخر (الكفيل) بالطبيعة الحقيقية لأخطاءه وعيوب المرء .
- ٦ - الاستسلام لقدرة الله عز وجل والدعاء إليه لتخليص النفس من تلك العيوب والأخطاء .
- ٧ - وضع قائمة بأسماء كافة الأشخاص الذين أذاهم المدمن ، والعزم على تعريضهم والتصالح معهم .
- ٨ - الاعتذار لكل من أذاهم المدمن ، وتقديم التعويضات المادية والمعنوية لهم .
- ٩ - الاستمرار فى محاسبة النفس والاعتراف بالأخطاء أولاً بأول ، والعزم على عدم العودة الى ذلك .
- ١٠ - الالتزام بأداء الصلوات .
- ١١ - التوجه الى الله كى يقوى العزيمة ، ويمتحن المرء للقوة على تنفيذ ما اعتزمه .
- ١٢ - نقل هذه الرسالة إلى كل من مر بمثل محتته، والمثابرة على ممارسة هذه المبادئ (لطفي فطيم ، ١٩٩٤ ، ص ص ١٩٤-١٩٥) .

#### من هو الكفيل ؟

هو شخص له تاريخ سابق مع الإدمان والتعاطى..وأنه فى حالة تعاف الآن.. وقد خبر الإدمان وأسبابه والانكاسات ووصل فى مرحلة ما -إلى (الحضيض) ..وهو الآن متعافى .. وانطلاقاً من الحكمة الشهيرة: أنه لا يشعر بألمك إلا شخص قد مر بمحنة الألم نفسها.. فإن هذا (الكفيل Sponser) هو الأقدر على (فهم مشاعر المريض المدمن..وأن المدمن لا يستطيع معه أن يراوغ..أو يسوف..أو يكذب ، ومن خلال الخبرة وملاحظة ما كان يتم فى مستشفى مخصص فى علاج الإدمان..نجح

كثير من (مرشدى التعافى CDC فى الأخذ بيد كثير من المدمنين..حيث اعترف لهم كثير من المدمنين-مثلا-بأنهم يحتفظون فى مكان ما فى منزلهم بكمية من مخدر الهيروين أو الساكس أو حتى الكحوليات ..وأنهم احتفظوا بهذه الكمية من أجل:

- للتأكد أنفسهم أنهم أقوىاء أمام المخدر (بعد المرور بخبرة العلاج) .

- التأكيد للنفس ان المخدر موجود ، ورغم ذلك لا يفكر فيه .

- إمكانية تعاطى كميات قليلة (يوميًا) ، ورغم ذلك ان (يطيح) فى الإدمان كما كان فى السابق.

- وجود المخدر فى البيت يعنى إحساساً أكبر بالأمان والمكينة والهدوء .

- المخدر (حييبي وحياتى) ووجوده بجوارى أكبر دليل على (إخلاصى له) .

- لا أعرف لماذا (احتفظت) بهذه الكمية .

- هذا المخدر مجرد (احتياط) .

- كنت سألقيه وأحرقه بمجرد أن أخرج من المستشفى .

- وجود المخدر فى بيتى وأنا الوحيد الذى يعرف مكانه اختبار قاس لى .

.. هكذا كانت إجابات المدمن المتواجد فى المستشفى ، والذي كان يعترف

(مرشد للتعافى أو الكفيل) بالكمية التى كان يحتفظ بها فى منزله ..وبالطبع كانت تتم (تحريز) هذه الكمية ، أو التخلص منها بعد اعتراف المدمن ورغبته الصادقة فى التخلص من المخدر .

إلا أننا -ومن خلال الخبرة- لنا عديد من الملاحظات على مثل هذه الجماعات:

١- انها لا تعترف بالعلاج النفسى الجمعى ..وهذا فى حد ذاته أكبر الأخطاء لسببين:

الأول: أن المجال يتسع ليشمل جميع التخصصات التى يمكن أن (تدلو بدلواها) فى الأمر .

الثانى: أن مجال علاج الإدمان (لا يحتمل التطلع) (والتفاخر) بأن (تخصصي) أفضل من (تخصصك) ..بل من وجهة نظرنا أن كل التخصصات على درجة من : اليقين والثقة والنجاح ، مادام تقدم فى الوقت المناسب ووفقاً لاحتياجات الشخص .

٢ - أنها لا تصلح إلا للثقافة الغربية (مع الأخذ فى الاعتبار أن ما قدمناه من ترجمة للبرنامج وخطواته الاثنتى عشرة ، قد حاول لطفى فطيم أن (يصيفه) بما يتفق مع طبيعة الثقافة الشرقية-الإسلامية ..لكن من وجهة نظرنا، فإن المسألة ليست مسألة (حذف كلمة وتعديلها أو استبدالها بكلمة أخرى) ..بل المشكلة فى المضمون والمحتوى ..ومن هنا يجب على مثل هذه الجماعات أن تفتتح على (الثقافات الأخرى) وتقيد وتستفيد حتى يكون (تأثيرها) أكثر أو فائدتها أعم .. ونحن لا نمانع من استخدام هذه الطريقة ؛ لإيماننا بأن مجال علاج الإدمان يتسع ليشمل كافة التخصصات العلمية .

٣ - أن البرنامج يبنى من (الثقافة المسيحية الغربية) ، وهذا بالطبع قد لا يتناسب مع (ثقافتنا الإسلامية) فى الغالب ، وإذا لا مانع من (إعادة بناء فلسفة هذا البرنامج نفسها من خلال الدين الاسلامى الحنيف) .

٤ - أن إيمان (الكحوليات) إن كان يعد شائعا فى البلاد الأوربية ، إلا أن الامر ليس كذلك فى عديد من البلاد الاسلامية .. إلا أن ذلك لا ينفى وبالدرجة نفسها وجود (مدمنى كحوليات) ..ومن هنا يجب ان يتسع البرنامج ليشمل جميع الأفراد الذين يعانون من مشاكل (ما) مع الإدمان .

٥ - أن طريقة العلاج فيها غير منتظمة ، وتعتمد على (الجهود الذاتية) ، و(وجهة نظر) الشخص المرشد (مرشد التعافى) فى التعامل مع الجماعة الإدمانية .

٦ - وإذا .. فإن طريقة العلاج والتفريغ وفقاً لهذه الطريقة من الصعب تقويمها بدقة، علماً بأن وجهة النظر هذه يتفق معنا فيها البعض .

وانظر فى هذا الصدد:

(لفطفى فطيم، ١٩٩٤، ص ١٩٨) ، (عبد العزيز الدخيل، ١٩٩٠، ص ١٢٢) .

بقى أخيراً أن نضيف ملاحظة على كل ما سبق-ومن خلال الخبرة ومعايشة أفراد (مرشدى التعافى لأكثر من خمس سنوات متصلة)- أن بعض مرشدى التعافى قد (انكس بالفعل) ..وكان مثل هذا الخبر ينتشر بسرعة البرق بين كافة المدمنين، ويترك فى نفوسهم اصداء ما بين (لدهشة لما حدث) و(الإحباط فيما حدث) و(فقدان الأمل نهائياً فى التعافى) وعدم اللامبالاة من البعض على أساس قوله الشهير: إن الإدمان مرض مزمن مروغ يظل (ويلاعبك ويحاول الإيقاع بك طوال العمر) ..ومتى يكف عنك ويتركك فى حال سبيلك لحظة أن (تصعد روحك) إلى الله ..هنا ينتهى



دور (المثير) و(المريض) و(المشاكس) و(المراوغ) ، الذى ظل يلزمك طوال العمر..وبالمناسبة هذا التعبير ليس من عندى..ولكننى سمعته كثيراً لدرجة أننى وقت الكتابة اكتشفت أنه مازال (طازجاً) فى ذاكرتى..فسجلته كما هو دون صياغة من جانبى.

١٠-ساعد المريض على تحديد المؤثرات (مواقف وأشخاص) ، التى تشجع على الانتكاس وطرق تحاشي تلك المواقف وهؤلاء الاشخاص.

لا بد أن يساعد للمعالج النفسى المدمن (الناقه) على تحديد كافة المؤثرات والعوامل سواء أكانت خاصة بالفرد ..أم خاصة بعدد من العوامل فى البيئة ، التى يتواجد فيها الشخص والتى تساعد أو تعرضه على الانتكاس..لأن تحديد هذه العوامل يساعد على الاستبصار الشخصى على فهمها..لأن الفهم هو البداية لتحقيق أهداف العلم وكذلك للشخص..من حيث الفهم ثم التحكم وأخيراً التدبؤ.

ومن هذه المواقف حين:

- يمر الشخص ببعض المصغوط النفسية .
- يكون وحيداً .
- (يحبط) فى إشباع رغبة ما.
- يشعر بالإجهاد.
- يريد (الاحتفال) بمناسبة ما.
- يريد أن (يغرق) فى الأحزان بسبب موقف ما.
- يشعر بالقلق.
- يريد أن يظل متيقظاً ومتنبهاً.
- يريد أن ينام.
- يريد أن يمارس الجنس .
- يعجز عن الوصول إلى قرار معين.
- يقرأ فى نظرات الناس أنهم يعرفون قصته.
- يشعر بالرضا عن حياته.
- يصاب بالملل.
- تحدث له بعض الأعراض المرضية.

ويمكن أن نواصل (سرد) عديد من المواقف والأشخاص الذين (يثيرون) لدى المدمن (المتوقف) الرغبة في مواصلة التعاطي مرة أخرى أو الرجوع إليه..ومن خلال الخبرة فقد ذكر لي مثلاً أحد المدمنين المنتكسين أنه قد انتكس ، حين شاهد في إحدى المجلات التي كان يقوم بقراءتها (صورة السرنجة) ، وبما أنه كان يتعاطي الهيروين وكان يحقق نفسه بواسطة (السرنجة) . إنَّ رؤيته للسرنجة جعلته يدخل في حالة نفسية سيئة ..وانتابته للرعدة ..ولم يدرب نفسه ، إلا والمخدر يجري في عروقه .

والخلاصة :

- توجد فروق فردية بين المدمنين في عدد وكَم المواقف ، التي تدعو إلى الانتكاس.

- تختلف الصلابة النفسية من مدمن إلى آخر.

- أن تأثير الموقف للوحد يختلف من مدمن إلى آخر.

- أن المدمن الذي انتكس في (موقف ما) ، وتم اقناعه ضرورة أن يتحاشى التعرض لهذا الموقف ، فإن لمكانية انتكاسه مرة أخرى بسبب هذا العامل تقل أو تختفي .

- أن المدمن يربط بين موقف ما أو شخص ما ومواقف التعاطي ، لدرجة أن أحد المدمنين ذكر لي أنه يتحاشى السير في شارع محدد..وعندما استفسرت عن السبب قال لي: لأنه كان يقابل فيه (المرج) أو (الناجر) الذي كان يسلطه المخدر ، كما أنه قد تعلم المخدر مع صديق (قد توفي) في هذا الشارع أيضاً..كما أنه تم القبض عليه من قبل شرطة مكافحة المخدرات في بيت في هذا الشارع أيضاً، كما أن أحد أصدقائه من الذين كانوا يتعاطون معه وقد أصابه الدوار، فأخذه في سيارة أحدهم ، وألقوا به في (دراهم) في هذا الشارع أيضاً (رغم أنه كان يتعاطي في مكان آخر)، والخلاصة أن هذا الشارع بالنسبة لهذا المدمن هو (حقيبة ذكريات) ولذا (يتحاشى) السير فيه حتى (لا تهجم عليه كل هذه الذكريات دفعة واحدة ثم يتوتر ولا يشعر بنفسه إلا والمخدر (يمرج) يدخل عروقه .

- أن كل ما سبق يؤكد حقيقة وأهمية: العلاج والتأهيل النفسي لمتعاطي المخدرات أو الكحوليات؛ لأن الأسهل أن تتعامل مع الجسم وتخلصه من السموم.. لكن الأصعب أن (تدحض) كثيراً من الأفكار والمعتقدات التي ترسبت في ذهن المدمن عن المخدرات ، وهذا ما نحاوله في هذا الكتاب .

١١ - أطلب من المريض / المدمن ، إعداد قائمة بطرق التعامل مع الانفعالات المزعجة وأستعرضها معه .

(يتعرض الشخص فى حياته العادية لعديد من المواقف التى تؤدى إلى استثارة انفعالاته المزعجة .. وقد تظهر هذه الانفعالات وتختفى عند بعض الأشخاص دون إثارة لأى مشاكل .. وقد تتلصب الشخص للحالة الانفعالية بسبب أقل المثيرات .. وقد تستمر هذه الحالة الانفعالية لأكثر فترة ممكنة .. وهنا يريد الشخص أن (يتعامل) أو (يعالج ذاتيا) هذه الحالة .. فينتكس مرة أخرى .

ولعل أهم الانفعالات المزعجة :

- القلق .
- التوتر المستمر .
- الخوف .
- الحزن .
- الاكتئاب .
- سيطرة بعض الأفكار على الشخص (الوسواس مثلا) .
- قهر للشخص للقيام بأفعال معينة / قهر/ أفعال .
- اللجل .
- عدم القدرة على مواجهة الآخرين .
- عدم القدرة على التعبير عن الذات .
- الانشغال بالانتحار .
- التفكير المستمر فى الموت .
- الإحساس بالعجز .
- اليأس وفقدان الأمل .

وغيرها من الانفعالات التى تترك آثارها السيئة فى نفس الشخص .. وهذا لابد أن يتلخص دور المعالج النفسى فى :

- تحديد هذه الانفعالات (من حيث نوعها - شدتها) .

- تحديد المواقف التى تظهر فيها .
  - تحديد للفترة التى تستمر فيها .
  - تحديد (الاستجابات) التى كان للشخص يتعامل بها من هذه المثيرات .
  - وهل أسلوب الاستجابة كان ولحداً أم متتوفاً .
- ويمكن أن يتم العلاج باستخدام أسلوب للتطمين المنظم، والذي يسير عادة فى أربع مراحل ، هى :

- ١ - تدريب المريض / للممن على الاسترخاء العضلى .
- ٢ - تحديد المواقف التى تثير لديه الانفعالات المزعجة .
- ٣ - تدرج هذه المواقف من الأقل شدة إلى الأكثر شدة .
- ٤ - التعرض لأقل المثيرات التى تثير الانفعالات المزعجة من خلال أسلوبين:  
أ - إما بطريقة للتخيل .

ب - أو تعريض الفرد للموقف (مواقف حية) .. وقد قام كاتب هذه السطور بهذه التقنية مع مريض منكمس ، كانت لديه مخاوف وصلت إلى درجة التجنب من السير فى شارع معين رئيسى فى مدينته (والسابق الإشارة إليه فى الصفحات السابقة) .

- ٥ - مواصلة الاسترخاء .
- ٦ - التدرج بعد ذلك فى المواقف الأكثر إثارة لانفعالات المريض / للممن للمزعجة .

ولمزيد من التفاصيل حول فاعلية استخدام فنية أسلوب التطمين التدريجى، انظر.

( Meyer & Chesser, 1971. - Masserman, 1975.)

(عبدالستار إبراهيم ، ١٩٩٨)

وما لم يتم كل ماسبق وفق خطوات معينة ، مع عدم (التعجل) فى الوصول إلى نتائج .. فإن هذا الجانب المهم من جوانب الانتكاسة سوف (يفلت) من يد المعالج النفسى .. ويكون المريض/ للممن عرضة للانتكاسة .

- ١٢ - كلف المريض بإعداد خطة مكتوبة للرعاية اللاحقة والتقيام باستيعابها، على أن تتناول الخطة العوامل المؤدية للانتكاس التى سبق تعرفها .

من المهم جداً أن يعلم المريض (المتوقف) أن خروجه من المستشفى الذى كان يعالج فيه أنه قد (شفى تماماً) من مرض الإدمان ، وأن (ثقتة فى نفسه) أن لها أن (تزداد) وأن (يستردّها) لأنه قد عولج وانتهت الأزمة والحمد لله ؛ لأن الثقة الزائدة فى النفس هي أولى خطوات الانتكاس .. حيث تتسلل الرغبة إلى المدمن (المتوقف) كالآتى :

- أنا قوى أمام المخدرات .
  - أنا لا أضعف أمام أى مخدر .
  - بل يمكننى أن أتناول (قليل) من المخدر دون أن أواصل التعاطى .
  - أنا قادر على التعاطى والتوقف .
  - مسألة التعاطى مسألة أمتلك زمام أمورها فى يدي .
  - لم أعد ضعيفاً أمام المخدر كما كنت فى الماضى .
- وهكذا يكون الاقترب من (المخدر) ويكون الانتكاس ، أو قد تتلصّب المدمن (المتوقف) عكس هذه الثقة .. إذ يعلم أنه ضعيف أمام المخدر .. ويظل (قلقاً) و(حذراً) و(متوجساً) من أى محاولة اقتراب .. ثم (يلوذ) فى لحظة على نفسه مقتعاً نفسه بأن خير مواجهة للعدو (المخدر) هي (بالمواجهة وجهاً لوجه) وليس (بأساليب الهروب) .. ويكون ما يكون .

ولذا من الممكن أن يعلم المدمن الذى خرج لثروه من المستشفى الحقائق الآتية:

- أن الإدمان مرض مزمن .
- أن السرعة فى التعافى ستظل تراود الشخص .
- طالما أن الشخص واع ومستبصر بأساليبه الدفاعية ، فإنه يمكن أن يواصل التوقف والدجاج .
- هناك أساليب معينة لا بد من اتباعها حتى يحافظ على تعافيه .
- فى المقابل هناك أيضاً (خريطة للانتكاسة) ، لا بد من الإلمام بتفاصيلها حتى (لا يفاجأ) الشخص بالانتكاسة .
- ضرورة (المتابعة) من خلال وحدة الرعاية للملاحقة فى المستشفى .
- ضرورة الانضمام إلى جماعات المساندة الذاتية أو المدمن المجهول .

- ضرورة أن (يشغل) نفسه بأشياء مفيدة ، ولا يستسلم للملل .
- ضرورة أن (يلجأ) إلى طلب المساعدة وقت أن يشعر أنه على وشك (الانهيار أو التعاطى) .

ولذا من المهم أن يتفهم المريض (خريطته النفسية) .. وطبيعة علاقاته وتحركاته والأدوار التي يقوم بها .. وأن تكون (المثيرات) والأسباب أو الانفعالات أو المواقف والأشخاص الذين (يساعدون) على الإيمان معروفون لديه تماما .. وأن يكون قد (تدرب) على كيفية التعامل مع مثل هذه المواقف .. وفى المقابل لابد أن يحدد كمعالجين مع المدمن (الموقف) الأشخاص الذين يمكن أن يساعده .. وأن يتفقا بجواره .. وأن يدعموه فى كافة مواقفهم ، ولابد من (أخذ) مثل هؤلاء الأشخاص المدعين له فى الاعتبار .. كما يمكننا أيضا أن نعطيه (خطة) يتعامل فى ضوءها مع ما يستجد من مواقف وأحداث .

١٣ - ساعد المريض المدمن على تحديد الإثابة التي يؤدي إليها الإقلاع التام (أرثر جونزما ، له مارك بيترسون ، ١٩٩٧ ، ص ٣٦-٣٨) .

(أحيانا يتسامح كثير من المدمنين عن الهدف الذى يسعى إليه من الإقلاع .. بل أحيانا - ومن خلال الخبرة فى الأمر - أحيانا يتسامح المدمن : أنا الذى أؤمن .. وأنا الذى أضمر نفسى بنفسى .. بل أنا الذى من الممكن أن أموت نتيجة لهذا التعاطى .. إذا لماذا يفضى الآخرون ، وتحديدًا يقصد أسرته ، سواء أسرة المولد وللنشأة أو الأسرة التي قام بتكوينها .

وهى تساؤلات مشروعة - من وجهة نظرنا - ولابد من الإجابة عنها ؛ لأن عدم الإجابة عنها .. أو حتى للعرض لها خطأ لابد من تحاشيه .

- إذ يجب أن نساعد المدمن (للتناقه) على أن يتخيل كيف يحيا دون مخدر .  
- أن نذكره بكم الوقت المستهلك فى أنشطة وعادات وطقوس تستهلك فى التعاطى .

- أن نذكره بكم العادات الجديدة التي أكسبه إياها المخدر .  
- أن نذكره بحاله قبل أن يدخل فى (دوامة) التعاطى حتى الآن .  
- أن نذكره بأنه إنسان لابد أن يحافظ على : صحته .. حاله .. نفسه .. دينه .. وأن ذلك من الدين .

— أنه مهم بالنسبة لعدد من الأشخاص الآخرين : والده - والدته - أشقائه - شقيقاته - زوجه - أولاده ... إلخ .

### **الاخصائى النفسى وعلاج الإدمان من البداية إلى النهاية :**

نستطيع أن نلخص الدور الذى يقوم به الأخصائى النفسى الإكلينيكى فى علاج الإدمان فى الخطوات الآتية :

— بعد أن يجتاز المريض / المدمن مرحلة الأعراض الانسحابية (والتي تعتمد فى المقام الأول على التدخل الطبى) ينقل المريض المدمن إلى الأقسام العلاجية التأهيلية ، وهنا يقيم الاخصائى النفسى الإكلينيكى بعملية التقييم ، والتي تشمل للجوانب الآتية :

— الفحص الخارجى : أى المظهر ، من حيث : طريقة اللبس - الشكل العام الخارجى .

— الفحص العقلى : من حيث : الحركة - الكلام - المزاج - الوظائف المعرفية .. وجود أو عدم وجود ضلالات .

— ما إذا كانت هناك أى أمراض نفسية ترتبت على الإدمان ؛ لأن الإدمان يرتبط بعدد من الأمراض النفسية والعقلية .

— مشكلة الإدمان : وتاريخه معها - للبداية والكمية ومرات العلاج وأسباب الانتكاسة فى كل مرة .. وهل يتكرر السبب الواحد ، أم أنه ينتكس فى كل مرة لأسباب وديافق مختلفة .

— شكل للعلاقات الأسرية الآن : لأن ذلك يوقفنا على عدة حقائق :

— هل يوجد شخص مدمن غير هذا الشخص .

— الأسباب التي تعود إلى استمرار الإدمان .

— الأشخاص المدمنون لمواقفه فى التعافى .. إلخ .

— الاختبارات النفسية التي يرى الأخصائى النفسى الإكلينيكى ضرورة تطبيقها ومدى مناسبتها مع حالة المدمن ، والتي تفيد فى تأكيد أو عدم تأكيد (تشخيص معين) .

بعد خطوة التشخيص : والتي تم التوصل اليها بأكثر من طريقة من خلال :

- شكوى المريض / المدمن .
  - شكوى أسرته .
  - مقابلة للمريض .
  - ملاحظة المريض .
  - تطبيق بعض الاختبارات النفسية .
  - تفسير نتائج هذه الاختبارات .
- تأتى خطوة تحديد مشاكل المريض المدمن (مع التركيز على المشاكل النفسية) ،مثل :
- مدى معاناته من القلق (المرضى) .
  - مدى معاناته من الخجل .
  - مدى معاناته من نقص في توكيد الذات .
  - مدى معاناته من الاكتئاب .
  - مشاكل جنسية .
  - مشاكل فى التفاعلات الاجتماعية .
- بعد ذلك يتم وضع خطة علاجية للتعامل مع كل مشكلة على حدة .
- اختيار أسلوب العلاج النفسى المناسب مع الحالة مع التركيز على العلاجات السلوكية ، مثل :
  - علاج الانفعالات الحادة المزعجة بصورة متدرجة .
  - أسلوب الاسترخاء والتدريب على إتقانه .
  - تأكيد الذات والحرية الانفعالية .
  - التدريب على المهارات الاجتماعية .
  - قوة التدعيم .
  - استخدام طريقة إلبرت إلبس فى (محض) الأفكار اللاعقلانية لدى المدمن، وتعديل أخطاء التفكير .



انظر فى هذا الصدد :

عبدالستار ابراهيم ١٩٩٨ ، (WOLPE, 1987)  
(BELLACK, 1989)

- وكذا مواجهة أى مشاعر للاكتئاب لدى المدمن .  
- مواجهة أى أفكار انتحارية .

- مواجهة أى تشاؤم فى نظرة المريض / المدمن للحياة وللنفس وللآخر .  
(BECK, 1974) & (ELLIS, HARPER, 1975).

بالإضافة إلى إمكانية استخدام وسائل علاجية أخرى ، يمكن أن تساعد المريض المدمن على تجاوز أزمته مع الإدمان ، حيث كان الفريق العلاجى مثلاً يستخدم :

- العلاج بالإبر الصينية : أى وخز بالإبر الصينية فى أماكن معينة (خلف الأذن ) لزيادة درجات الاسترخاء ، ولتقليل الرغبة فى التدخين والإدمان ، ثم للتخلص منه نهائياً .. ولانستطيع أن ندعى فعالية مثل هذا الأسلوب .. لأن الأمر فى حاجة إلى متابعة ، وإلى دراسة تستخدم مجموعات متنوعة من المدمنين لمواد (مختلفة) .. ومع استخدام مجموعات ضابطة ، يمكن أن نصل إلى نتائج علمية ، تحدد مدى فاعلية العلاج بالإبر الصينية فى الحد من (اللهاة) إلى المخدر .

- العلاج بالإرجاع الحيوى : خبرة للتحكم فى موجات المخ مع وجود استمارة ، تسجل مشاعر وأحاسيس المدمن المريض أثناء للتدريب (على الاسترخاء) ، وبعد المرور بتجربة الاسترخاء بواسطة جهاز البيوفيد باك .

(وسوف نورد فى الملاحق بعض هذه الاستمارات ، التى من الممكن للمعالج أن يستخدمها فى العلاج )

وهكذا تتعدد المدخل العلاجية ، التى يمكن أن تنبع فى علاج الإدمان .



## الفصل الخامس

### العلاجات النفسية للإدمان

- أولاً : العلاج النفسى الفردى .
- ثانياً: العلاج النفسى الجمعى .
- ثالثاً : التدريب على إرجاع موجات المخ .
- رابعاً : العلاج بالإبر الصينية .
- \* الدراسات العربية فى مجال علاج الإدمان .
- خامساً : العلاج فى مرحلة إعادة التأهيل .



## الفصل الخامس

### العلاجات النفسية للإدمان

#### مقدمة:

سنحاول في هذا الحيز أن نقدم في عجلة بعضاً من أنواع العلاجات النفسية التي تقدم للمدمن ، حيث سنعمد على خبرة كاتب هذه السطور في المقام الأول ، ومناسبة الطرق العلاجية للمدمنين ، إضافة إلى أنها، تحتاج فقط إلى متدربين على هذه الفنيات ، وحجرة مخصصة لممارسة العلاجات النفسية .

#### العلاج النفسي Psychotherapy:

تعمد للتعريفات التي قدمت لمفهوم العلاج النفسي .. إلا أننا سنتبنى التعريف الذي قدمه (أنطون ستور) بأن العلاج النفسي هو : فن تخفيف الهموم الشخصية بواسطة الكلام والعلاقة الشخصية المهنية (أنطون ستور ، ١٩٩١ ص ٤) ويمكن أن نصيف بعد تخفيف الألم الشخص وتعديل سلوكه . إلا أننا يجب أن نعي هذه الحقائق جيداً حين نتحدث عن العلاج النفسي .

١- تعدد وتنوع التعريفات التي قدمت لمفهوم العلاج النفسي ، ولعل السبب في ذلك - كما يقول روتر يرجع إلى الألفاظ التي يساء فهمها بدرجة أكبر مما عداها ، إضافة إلى أننا لا نجد عملية واحدة للعلاج النفسي ، وإنما نجد عدة أنواع ، بينهما من أوجه الاختلاف قدر أكبر مما بينهما من أوجه التشابه ، إضافة إلى أن معنى كلمة «العلاج النفسي» في تغير دائم من الماضي إلى الحاضر (جوليان روتر ، ١٩٨٤ ، ص ١٨٧ : ١٨٨) .

٢- أن للموقف العلاجي ينشأ من حقيقة وجود شخص مضطرب ، وشخص آخر متدرب للتعامل مع هذه الاضطرابات ، ومن هنا تنشأ العلاقة المهنية العلاجية .

٣- أن الشخص المنوط به القيام بالعلاج يجب أن يتوافر فيه عديد من الشروط ، أشار إليها عديد من التعريفات إليها بصورة إجمالية (مثل الإعداد والتدريب والخبرة والمران) ؛ أي إنه لا يصلح للقيام بالعلاج أى شخص .

٤- تعدد المنطلقات النظرية للعلاج النفسي ؛ بمعنى أن أى معالج لابد أن يكون له نظرية يتبناها ، وتدريب على العلاج بواسطة فنياتها ، ومن ثم يكون أقدر على التعامل من خلالها من الاضطرابات .

٥- أن الشخص المضطرب هو شخص قد فقد التوافق مع نفسه ومع الآخرين .. وبالتالي فإن العلاج يهدف إلى : وقف أو تعديل أو إبعاد هذه الاضطرابات ؛ مما يؤكد حقيقة التدخلات العلاجية المتنوعة ، إما بهذه الوقاية أو التعامل مع الاضطراب في بدايته ، أو العمل على تثبيت الأوضاع وعدم الدخول في مزيد من التدهور .

٦- أن العلاج أو الموقف العلاجي يتم في إطار من الشروط المهنية ، وأن يلتزم بها كل من المعالج والمريض ، أو ما يسمى بالتحالف العلاجي حيث يلتزم كل طرف بما عليه من واجبات وحقوقه تجاه الطرف الآخر ، والمريض والمعالج يتفعلان ويتحالفان معاً من أجل هدف محدد ، هو القضاء على المرض أو وقف مساره أو تعديله أو تخفيف المعاناة .

وقبل أن نختم مناقشة التعريفات ، نشير إلى أمرين :

الأول : أن كلمة علاج نفسى يقابلها الكلمة الإنجليزية Psychotherapy مكونة من مقطعين إغريقيين ، يعنى الأول المقابل لكلمة Therapy علاج أما كلمة Psy- cho فهي مستمدة من كلمة إغريقية تعنى العقل أو العمليات والناشط العقلية . أى إن العلاج النفسى يشير فى أصله اللغوى إلى عملية ، يقوم فيها شخص بدور المساعدة لشخص آخر فى مجال العمليات العقلية ، أو بمعنى آخر أن العلاج النفسى هو «علاج العقل» ، وفى هذا المعنى يمكن أن يشمل المصطلح كل الطرق التى تؤثر فى السلوك الإنسانى بما فى ذلك الجراحات واستخدام العقاقير على الرغم من شيوع الفكرة الذائعة - حتى لدى المعالج بأن العلاج النفسى هو علاج بالكلام talking cure ( لويس مليكة ، ١٩٩٧ ، صص ١ - ٢ ) .

الثانى : إذا كانت المنطلقات العلاجية تتنوع وتعدد كما سيتضح فيما بعد ، فهذا يقودنا إلى تساؤل موداه : هل هناك عوامل مشتركة بين المدارس العلاجية المختلفة أم أن كل طريقة علاجية قائمة بذاتها ومختلفة تماماً عن الطريقة العلاجية الأخرى ؟

وفى الواقع .. فإن هذا التساؤل قد جعل المهتمين بقضية العلاج يركزون على إبراز جوانب كل نظرية علاجية وفنياتها ، فجميع الاتجاهات العلاجية تقريباً واحدة

بدماء من مساعدة وتخفيف الهموم والمعاناة عن كاهل شخص معين ، وصولاً إلى الاستبصار وتعديل السلوك ، وجعل الشخص أكثر توافقاً مع نفسه أولاً ، ثم مع الآخرين والبيئة التى يعيش فيها ثانياً .

ونستطيع أن نجمل الخصائص العامة المشتركة بين جميع الاتجاهات العلاجية فى النقاط الآتية .

١- جميع الاتجاهات العلاجية تعمل على الاهتمام بالعالم الشخصى - الداخلى للفرد المضطرب أو صاحب المشكلة ، وعلى الرغم من أن بعض أشكال العلاج السلوكى تهتم بتأثير البيئة والتعلم على السلوك .. فإن كل أشكال العلاج النفسى بما فيها بعض أنواع العلاج السلوكى تهتم بالشخصية وتحسين أساليب الفرد ومشاعره ودوافعه وتوقعاته . وإذا كان غالبية المعالجين النفسيين يدركون من الاتجاهات العلاجية المختلفة صعوبة إحداث تعديل فى الهئية الخارجية فى كثير من الأحيان ، فإنهم يركزون جل عنايتهم فى إحداث التعديلات المطلوبة مع البيئة الداخلية للشخص لكى يتوافق ويتلاءم ويتعامل بكفاءة وفاعلية مع البيئة الخارجية . ولذا لا عجب أن نجد كافة الاتجاهات العلاجية تهتم بالبيئة النفسية الداخلية للفرد ، حتى وإن ادعت غير ذلك .

٢- الكفاءة المهنية : وتركز هذه الخاصية على ضرورة توافر عدد من الشروط فى شخصية المعالج كالدلفه والتعاطف ، وحسن للتدريب والمهارة والكفاءة فى إنجاح العملية العلاجية ، ولذا فإن مهنة العلاج النفسى تتطلب عديداً من الشروط والإجراءات وتوافر عديد من العوامل والسمات الشخصية الواجب توافرها فى شخصية المعالج ، إضافة إلى أن عديداً من البحوث التى تناولت اتجاه المرض نحو معالج معين ، وجدوا ضرورة أهمية توافر عامل الخبرة والكفاءة والنتائج العلاجية سريعة للمفعول .

٣- التخفيف من مشاعر القلق لدى المريض ، وحتى لو أثارَت بعض الفنيات العلاجية القلق لدى المريض فإن ذلك يكون بهدف علاجي وتحت السيطرة وأن جميع المعالجين فى الاتجاهات العلاجية ، يهدفون إلى تخفيف مشاعر المريض بالقلق حتى يمكنه اختبار وفحص العوامل المسؤولة عن مشكلاته بشكل أقل انفعالا ، وإذا فشل المعالجون فى تخفيف حدة القلق أو الاكتئاب فإنهم يعطون بعض المقاقير المهدئة ، وهى وسائل مساعدة وليست أساسية فى العلاجات النفسية ، بل إن عديداً من المعالجين يحبذون اللجوء إلى العقاقير حتى لا يعتادها المريض

ويلجأ إليها كأسلوب علاج ذاتى كلما داهمه القلق أو أى مشاعر غير طيبة .

٤- إقامة علاقة وثيقة بالمريض كوسيلة للتغير الإيجابي : ولذا فإن مبدأ للطرح مثلا قد ركزت عليه نظرية التحليل النفسى ، وأشارت إلى أهمية التعامل مع الطرح وكذا الطرح المصاد ، حتى يمكن التعامل بكفاءة وفاعلية وموضوعية - إلى حد ما - مع مشاكل المريض ، ولذا فإن مدرسة التحليل النفسى مثلا تصر على أن المعالج أو المحلل النفسى لا يصرح له بمزولة مهنة العلاج ، إلا إذا مر هو شخصيا بتجربة التحليل ، تحت إشراف محلل نفسى آخر ؛ حتى يستطيع أن يتفهم مشاعره وحتى - أيضا - لا تختلط الأمور فيعكس مشاكله هو لدى المريض أو العكس ، ومن هنا .. فإن العلاقة العلاجية الحقة هى التى تهدف إقامة علاقة مهنية بالمريض بهدف إحداث تغيرات إيجابية لديه .

٥- إعطاء تفسير أو توضيح لأسباب المشكلة ومصادرها ، من خلال الكشف عن العوامل الممكنة والمسؤولة عن إحداث الاضطراب لديه ، بل إن بعض المدارس العلاجية تصر على كتابة «عقد علاجى» بين المريض والمعالج ، وتحدد فيه شروط وحقوق وواجبات كل فرد وإقحام المريض الطريقة العلاجية التى ستبج ، وأسباب مشكلته وكيفية التعامل معها من خلال العملية العلاجية .

٦- منح المريض الأمل فى التغير الإيجابي ، لدرجة أن فرانك 1961 Frank قد أشار إلى إن منح المريض الأمل Hope هو الخاصية المشتركة بين كافة الاتجاهات العلاجية ، وأن جميع للمشاكل قابلة للحل بشرط أن يتفاعل مع المعالج ، وأنه بدوره - أى للمعالج - سيبدل قصارى جهده من أجل إحداث هذا التغير المطلوب؛ حتى يعود الفرد المضطرب أكثر تحمرا وتوافقا وإنزانا مع نفسه ومع الآخرين (عبد الستار إبراهيم، ١٩٨٨ ، ص ١٩٤-١٩٦) ، (Garfield, 1981) .

#### أهداف العلاجات النفسية :

على الرغم من أن لكل منهج من مناهج العلاج النفسى أهدافا خاصة ، إلا أن كافة الاتجاهات العلاجية تشترك فى الأهداف العامة ، والتى تنلخص فى :

- ١- زيادة وعى الفرد وإستبصاره وفهمه .
- ٢- حل أو تصفية الصراعات التى تسبب عجزه .
- ٣- زيادة قبول الفرد لذاته .
- ٤- توفير أساليب أكثر كفاءة فى التعامل مع المشاكل والأزمات .



- ٥- تقوية عامة لدفاعات الشخص .
  - ٦- إطلاق إمكانيات النمو والتطور لدى الشخص .
  - ٧- تعديل البناء المعرفي وأساليب التفكير الخاطئة .
  - ٨- تغيير العادات المرضية ومساعدة الشخص على تكوين عادات ومهارات أكثر كفاءة للتعامل مع الذات والآخرين .
  - ٩- زيادة تقبل وتحمل المسؤولية الشخصية .
  - ١٠- العمل على إتمام الشفاء والتحول دون حدوث أى انتكاسة Relapse (٥) .
- نماذج من العلاجات النفسية الفردية ، التي من الممكن استخدامها مع المدمنين:

#### ١- العلاج النفسي التدميمي Supportive therapy :

تعريفه : هو ذلك العلاج الذى يقوم أثناءه المعالج بدور إيجابى نشط توجيهى لمساعدة المريض ، ورفع كفاءة قيامه بوظائفه السيكولوجية ، وزيادة مهاراته فى المواجهة ، ومحو اهتمام هذا الذرع من العلاج تحسين السلوك والمشاعر الذاتية دون اكتساب الاستبصار .

أهداف العلاج النفسى التدميمى :

- تخفيف اختلال السلوك .
- تخفيف المعاناة النفسية .
- تدعيم وتشجيع أوجه القوة فى المريض .
- تدعيم قدرته على استخدام وسائل التدعيم البيئية .
- حل الأزمات الحادة ، مثل : للفجعة ، الصدمة ، الكوارث ، محاولة الانتحار... إلخ .
- الالتزام بالنظام العلاجى .
- تقليل نسبة حدوث السلوك غير المناسب .
- تحسين المهارات الاجتماعية .

---

(٥) اتمننا فى كتابة هذا الجزء على كتابنا : اتجاهات حديثة فى العلاج النفسى ، ٢٠٠٣ ، من من

- حل الصراعات الخارجية .
- منع الانتكاس والتدهور .
- إقناع المدمن بالبقاء فى المستشفى لاستكمال البرنامج العلاجى .
- دعم احترام الذات .
- تحسين القدرة على اختبار الواقع .
- الفنيات المستخدمة فى العلاج النفسى التدميى :
- المناقشة .
- الإيحاء .
- النصيحة .
- التتويم .
- الإقناع .
- الاسترخاء .
- بحث قوة الإرادة .
- دخول المستشفى للعلاج .
- بث الطمأنينة .
- الاعتراف والتفيس .
- توفير منافذ مقبولة للمخاوف ومشاعر للنقص .
- تدعيم الثقة فى النفس .
- إقناع المدمن للمريض بممارسة الهويات التى كان يمارسها من قبل (أى قبل دخوله فى عالم الإدمان) .

## ٢- العلاج العقلانى - الانفعالى :

تعريفه : لحل العنصر الجوهرى فى نظرية (العلاج العقلانى الانفعالى) Ra- tional Emotive Teherapy هو أن السلوك المضطرب ينتج من خلال حوار الشخص الداخلى مع نفسه (الجانب الوجدانى) ، إلا أن هذا الحوار يؤثر بدوره فى مسار الأفكار والاتجاهات (العقل) ، ثم يؤثران هذان للجانبان فى السلوك .

ومن هنا فإن الجهد العلاجى ينصب فى الأساس على أن تكون بداية العلاج هو تغيير الأفكار والتصورات والإدراكات الذاتية للماضلة ، ولتى تنتج عنها وتترتب عليها الانفعالات السلبية وبالتالي السلوك المضطرب .

وتعد هذه الطريقة العلاجية من أشهر الطرق استخداماً فى مجال علاج الإدمان . لماذا ؟

لأن المريض من خلال إيمانه قد أصبح (أسيرا) لمجموعة من الأفكار والتصورات والاعتقادات الخاطئة ، حيث ربط كافة أنشطته بالتعاطى ؛ فدون التعاطى (لا يكون دماغ) ، وبالتالي لا يكون قادرا على اتخاذ أى خطوة إيجابية سواء نجاه الذات أو تجاه الآخرين . كما أن طريقة العلاج العقلانى الانفعالى قد أدخل عليها عديد من التطويرات ، حيث إنها أصبحت فى الوقت الراهن من المكونات الآتية:

A - ويرمز إلى الأحداث المنشطة Activating events

B - وترمز إلى منظومة المعتقدات Belief system .....

C - وترمز إلى المواقف أو النتائج Consequences

D - وترمز إلى التنفيذ أو الدحض Dispute .....

E - وترمز إلى الأثر أو النتيجة Effect

F - وترمز إلى التغذية المرتدة أو تصحيح المسار Feed - back

(انظر رشدى فام منصور ، ٢٠٠٠ ، ص ١٤٧)

**أهداف العلاج العقلانى - الانفعالى :**

**الهدف الرئيسى :** إزالة أو خفض النتائج غير المنطقية أو الاضطرابات الانفعالية ، ويشمل ذلك هدفين :

أ - تقليل القلق إلى أقل حد ممكن وكذا الغضب والعداوان .

ب- تزويد الفرد بطريقة تمكنه من أن يكون لديه أدنى مستوى من القلق ومن الغضب، من خلال (رهن) مجموعة الأفكار غير العقلانية الموجود لدى الفرد (المدمن) فى حالتنا .

**خطوات العلاج :**

١- تعرف أفكار الشخص غير المنطقية وكتابتها ، وتحديد المنطقى وغير المنطقى فيها .

٢- إخبار الشخص بأن استمرار اضطرابه (أو حتى إيمانه) إنما يعرّد (فى جزء منه) إلى تمسكه بالفرد يمثل هذه الأفكار غير العقلانية ، بشرط أن تدعم هذا الحديث بكثير من الأمثلة والبراهين من واقع حياة الشخص .

٣- تغيير أفكار المريض / للمدمن غير العقلانية ، من خلال كثير من التقنيات ، مثل :

- المناقشة .
  - الإقناع .
  - الواجبات المنزلية .
  - تبسيط الإهانة .
  - حسن الظن بالآخرين .
  - التنفيس عن الانفعالات .
  - التبصير بالطرق الفعالة لتغيير السلوك .
  - ضبط النفس وترويضها .
  - تعلم مهارة الكفاح رغم الشدة والتهديد (بث الثقة فى الشخص) .
  - إعطاء المعلومات (إما من خلال سرد معلومات معينة على الشخص ، أو إعطائه بعض الكتب لقراءتها ثم مناقشته فيها) .
  - تقليل قابلية الفرد للتأثر بإيحاءات الآخرين .
  - التدريب على المهارات .
  - تبصير الفرد بنماذج من السلوكيات الجيدة (القدوة) ، وأن يقوم بتقليد هذه السلوكيات .
  - ٤- إلغاء الأفكار غير العقلانية ، وأن تحل محلها أفكار عقلانية جديدة، وتأكيد تسليحه بمنظومة من (المهارات والتقنيات) تفيد مستقبله فى ألا يقع ضحية أفكار لاعقلانية جديدة .
- ومن خلال الخبرة نستطيع القول بأن : العلاج النفسى التدميى يصلح فى الحالات التى تعاني من عديد من الاضطرابات المتشابكة والمعقدة ، كما يصلح كذلك فى بدايات تحويل المدمنين إلى العلاج النفسى ؛ حيث يكون للتوفد أنهى مرحلة الأعراض الانسحابية ، فى حين أن العلاج العقلانى - الانفعالى يصلح مع المدمنين الذين يتمتعون بدرجة ذكاء عالية ، إضافة إلى القدرة على الاستبصار ، ودافعية جيدة لعدم الوقوع مرة أخرى فى براثن الإدمان .
- ٣- العلاج بالاسترخاء Relaxation therapy
- تعريفه : تتعدد التعريفات التى قدمت لمفهوم الاسترخاء ، ويمكن تلخيص هذه للتعريفات فى الملامح الآتية :

أ - إن الاسترخاء هو تدريب الفرد على أن يقوم بهذا العلاج بنفسه ؛ أى إن العلاج بالاسترخاء يندرج ضمن العلاج النفسى الذاتى .

ب- إن الاسترخاء يعنى توفيقاً كاملاً لكل الانقباضات والنفقات العضلية المصاحبة للقلق .

ج- الاسترخاء يختلف عن الهدوء الظاهرى أو حتى النوم ؛ لأنه من الصعب أن نجد فرداً مستلقياً على السرير ، وهو قادر على منع أفكاره من الانسياق والتخليق فى أفق وموضوعات متعددة .

د - إن استرخاء العضلات وإتقان الفرد لهذه المهارة يمكنه من التوتر الانفعالى والعقلى .

هـ- إن الاسترخاء يمكن الفرد من دخول حالة نفسية تخلو فيها العضلات من التوتر ، والانفعالات من الاضطراب ، والعقل من التشبث مما يودى إلى دخول الفرد فى حالة من الهدوء ، خالية من التوتر والصراعات الداخلية .

و- فى الاسترخاء نجعل الفرد يصل بنفسه إلى معرفة الفروق ما بين طرفى المعادلة (الاسترخاء فى طرف والتوتر والقلق فى الطرف المقابل) .

ز - نعرف الشخص أن عدم التحكم فى انفعالاته ، ورغبة الشخص فى التخلص من هذا القلق (المزعج) فإنه قد يلجأ إلى أحد الحلول الذاتية يتناول العقاقير المهدئة أو المطمئنة ، بيد أن تداول مثل هذه العقاقير لا يحل المشكلة (مشكلة القلق المزعج) ، بل يصيف إليه مشكلة أخرى ؛ إذ يصبح يعانى من مشكلتى : القلق والإدمان .

ح - تأكيد للفرد بأن إتقانه لهذه المهارة (مهارة الاسترخاء) لا ينتهى عند حدود هذه الجلسة ، أو عند باب المستشفى ، بل يجب أن يجعل من إتقانه لمهارة الاسترخاء واجباً وسلوكاً لا بد أن يلجأ إليه كلما عاودته حالة القلق ، أو الدخول فى مشاعر مزعجة ، أو أفكار محقة فى عالم الخيال ، ولذا لا بد أن يكلف المريض بواجب أداء تمارين الاسترخاء .

ط - يلجأ البعض إلى أن يسجل تعليمات تمارين الاسترخاء على شريط (كاسيت) ، يمكن للشخص استعماله فى المنزل دون المعالج ، بل يمكن أن نشجع الشخص على ممارسة تمرينات الاسترخاء مرة أو مرتين فى اليوم وحسب الحاجة .

ى - يمكن أن ندرّب الأفراد على جلسات الاسترخاء إما بصورة فردية أو بصورة جماعية .

### أهداف الاسترخاء :

إن نظرية الاسترخاء المعرفى السلوكى تفترض أن التدريب على الاسترخاء يمكن أن يتم تلخيص أهدافه فى :

- ١- التقليل من المثيرات الفسيولوجية التى تتولد عن القلق .
- ٢- إن الاسترخاء ، وتركيز الذهن على العضلات ، أو حتى على التنفس (شهيقا وزفيرا) لا شك أنه يصرف ذهن الفرد عن مسببات القلق ، وما يقود إليه من تعاطى للمخدرات مثلا ، أو الدخول فى ارتكاب (حماقات) اجتماعية .
- ٣- إن مواصلة تمارين الاسترخاء ، وما يستتبعها من صرف الذهن ، ودخول الشخص فى حالة من الهدوء والصفاء الذهنى .. كل ذلك وغيره من آثار إيجابية إنما تقود فى نهاية الأمر إلى حدوث تعديلات فى بنية الشخص القلق والمتوتر ، والمدمن إلى بنية أخرى جديدة قادرة على التحكم فى توترها ، وقادرة على التخطيط واتخاذ القرار المناسب فى (الظرف والموقف) المناسب ، وكان كاتب هذه السطور يقوم بتدريب للمدمنين على كيفية إتقان هذه المهارة (\*) .
- وسوف نتناول - باختصار - ومن واقع الخبرة التى خبرها كاتب هذه السطور أن نقدم ملخصا لما يحدث فى الجلسة الأولى :
- ١- لا بد أن تكون لدى المريض الدافعية للاشتراك فى هذا النوع من العلاج .
- ٢- لا بد من الشرح المفصل لكيفية السير فى هذا النوع من العلاج .
- ٣- لا بد أن يكون المريض المدمن يعانى فعلا من درجة قلق مرتفعة ، ويتم التأكد من ذلك عن طريق تطبيق بعض مقاييس القلق ، وأشهر هذه المقاييس فى بيئتنا المصرية والعربية مقياس : تابلور للقلق الصريح ، والقلق السمة والحالة .
- ٤- إجراء جلسة تحرى : وتستغرق من جلسة إلى جلستين ويكون الهدف منهما : تقييم الحالة والتشخيص ، وتحديد المواقف التى يوجد بها قلق وتقدم إلى التعاطى ، والمواقف الأخرى التى شعر فيها المريض بالسرور ، ولم يلجأ إلى تعاطى المخدرات .
- وفى الصفحات التالية نقدم نموذجا لما يحدث فى الجلسة الأولى .

---

(\*) يشكر الباحث الأستاذ الدكتور / عادل دمرداش ، الذى قام بتدريب الباحث على مهارة الاسترخاء (بكافة أنواعها ، وكذا تدريبه على كيفية استخدام جهاز البيوفيدباك) .

### الجلسة الأولى (٦٠ - ٧٥ دقيقة)

#### مكوناتها

- ١- التمهيد للجلسة وشرح الفكرة من العلاج .
- ٢- تشكيل مشهد التسكين .
- ٣- التدريب على الاسترخاء بالشد العضلى والإرخاء لـ (لولىبى ولازاروس) .
- ٤- تحديد الواجبات .
- أ - التدريب على الاسترخاء .
- ب- كتابة مشهد التسكين على بطاقة استعداد للجلسة القادمة .
- ج- تعبئة نموذج الضغط النفسى ١ .
- د - تعبئة نموذج الاسترخاء .

تستغرق هذه الجلسة وكل من الجلسات اللاحقة ما بين ٦٠ - ٧٥ دقيقة ، وتستغرق كل من المقدمة والخاتمة من ٥ إلى ١٠ دقائق . أما إذا ظهرت أثناء أى منهما موضوعات ، قد تؤثر على سير العلاج بالشكل المطلوب ، فعلى المعالج منحهما وقتاً إضافياً لتقييم المواقف .

#### ١- التمهيد للجلسة وشرح الفكرة من العلاج :

- التمهيد :

يقوم المعالج فى هذا الجزء من الجلسة مع العملاء باستكمال بنية العلاج إذا لم تستكمل أثناء جلسة التحرى ، ومراجعة الأعراض الرئيسية للقلق ثم يستغل المعالج المقدمة لتحديد خطة الجلسة ، فيقول للعميل مثلاً :

«كما تعلمون أن مشكلة القلق هى سبب رئيسى فى إدمانكم أو انتكاساتكم المتكررة ، وسأشرح لكم اليوم للعلاج الذى سنستعمله والذى سياعدكم - إن شاء الله - على التغلب على هذا القلق ، كما سأدريكم على الاسترخاء الذى نعتبره وسيلة مهمة للسيطرة على القلق» .

#### - شرح الفكرة من العلاج :

ثم ينتقل للمعالج لشرح فكرة العلاج ويوضح للعملاء أن الهدف من العلاج هو تدريبهم على السيطرة على القلق ، بأن يقول لهم :

«يهدف هذا الأسلوب من العلاج إلى تعليمكم طريقة لتعرف علامات القلق المبكرة ، والتي تعتبر كعلامات منذرة بالانتكاس فى الغالب وسابقة له ؛ حتى تسيطروا عليها قبل أن تتحول هذه الأعراض إلى مشكلة تزيد من الضغط عليك ، وقد تعرضتك للانتكاس . والاسترخاء هو طريقة التحكم فى هذه العلامات ، وأسست على طريقة بسيطة لتتمكنوا من تعلمه . يحتاج تعلمكم السيطرة على القلق إلى التمرين ، وحتى تقوموا بهذا التمرين يجب أن تخلقوا مواقف شعرتم أثناءها بالقلق ، أو موقفًا تعرضت فيه للضغط النفسى بسبب فى انكاسك ؛ حتى تتعلموا كيف تتخلصوا من القلق بواسطة الاسترخاء . هذا كل ما فى الموضوع ... تعلم التدريب على التعامل مع القلق ليس صعبا كما أن نسبة نجاحه مرتفعة جدا .

وقد يتوسع المعالج ويضيف على المثال السابق حسب ما تقتضيه أسئلة وإجابات العملاء ، كما يستطيع توضيح مقول العلاج باستخدام أمثلة توضيحية .

## ٢- تشكيل مشهد التسكين .

تشمل الخطوة التالية تحديد مواقف مرتبطة بالاسترخاء من حياة العملاء . ويستخدم تخيل هذه المواقف فى مرات مختلفة كجزء من تمرين الاسترخاء ، ولحث المريض على المزيد من الاسترخاء .

ويستخدم المعالج طريقة التحرر مع الجماعة بصفة عامة ، ثم يطلب تطوع أول عميل لوصف المشهد ، وعادة ما يكون هذا المتطوع أكثر الأعضاء شعورا بالراحة فى وسط الجماعة . وباستخدام الأسئلة المفتوحة ، يقر المعالج بتوجيه العميل إلى سرد مفصل للمشهد يتحدى به الآخرون ؛ ثم يعلق المعالج على خصائص المشهد البارزة ويشجع عميلًا آخر على القيام بتحديد ووصف مشهد تسكينى خاص به . وعلى المعالج الحصول على مشهد من كل عميل ، ويعتمد طول الوقت أو قصره على مدى نجاح بقية العملاء فى الاقتداء بالعميل الأول . ونطلب من كل عميل كتابة المشهد على بطاقة خاصة به ليذكره فى الجلسة القادمة .

ويشترط فى المشهد أن يكون واقعيًا ، وأن يوصف بأكبر قدر من التفصيل . ويسأل عنه المعالج على النحو التالى :

مثل : «صف أى نشاط أو حدث أو موقف مألوف ، موقف فعلى شعرت أثناءه بالاسترخاء الشديد» .

ولا بد من حث العملاء على مزيد من التخصيص لاحتمال كرن الوصف يشمل



عناصر من أماكن مختلفة وليس مكاناً واحداً بعينه ؛ لذلك يحاول المعالج التأكد من أن الموقف لم يحدث فى تاريخ معين فحسب ، بل وأيضاً فى مكان محدد وليس فى أماكن متفرقة .. فيسأله عن اسم المكان ويسأله عن طريقة تحديد له بالذات عند وصفه الموقف ، كما على للمعالج أن بحث للعملاء على تحديد وتفصيل للموقف الفعلى ، بتشجيعهم على تحديد التاريخ والساعة والمكان ، ومن المواقف التى يصفها العملاء فى العادة .

### ٣- التدريب على الاسترخاء بالشد العضلى والإرخاء لـ (لولى ولأزاروس) .

يستغرق التدريب من ٢٠ إلى ٣٥ دقيقة ، ويقوم به العميل وهو جالس فى كرسى مريح أو مستلقياً على ظهره فى كرسى يظهر متحرك . ويفضل أن تكون الإضاءة خافتة ، وإن كانت الإضاءة العادية لا تمنع الاسترخاء للعملاء بصوت ونبرة عاديتين ؛ أى إنه يتجنب الصوت المنخفض الذى يستخدم فى جلسات التنويم . ويفضل عرض طريقة شد وإرخاء العضلات على العميل قبل للتمرين ، كما يجب عدم الإبطاء فى توجيه التعليمات ؛ حتى لا يستمر العميل فى شد عضلاته لفترة طويلة فيحس بالألم أو تقلص العضلة ، كما لا يلبغى الإسراع فيها بصورة تصعب عليه متابعتها .

ويضاف إلى الاسترخاء عنصر معرفى ، عندما يقوم العميل بالتركيز على المجموعة العضلية حتى لا يشتت انتباهه ولكثيف شعوره بالاسترخاء . ويطلب منه أيضاً التنفس بعمق ؛ حتى يصبح التنفس إشارة لتعميق الاسترخاء فى الجلسات التالية ، ويبدأ المعالج تمرين الاسترخاء فى العادة بالتعليمات التالية :

«سأقوم بعد لحظات بإصدار تعليمات الاسترخاء .. إنه وسيلة تم استنباطها من التمارين الرياضية ، والتى ثبتت فعاليتها فى تدريب الناس على إرخاء عضلاتهم ؛ ويؤدى الاسترخاء العضلى بدوره إلى الاسترخاء النفسى . ستقومون أثناء التمرين بشد بعض العضلات ثم إرخائها ، وستستخدمون الشد العضلى حتى تتعلموا ملاحظة الشعور بالترنر ، وعندما ترخى العضلات ستعلمون الإحساس بالاسترخاء العضلى . لقد وجدنا ، من واقع التجربة ، أن شد المجموعات العضلية ثم إرخاءها بالترتيب يؤدى فى النهاية إلى استرخاء كل الجسم .. سأحدد لكم كل مجموعة عضلية أريد منكم شدّها ثم إرخاءها ؛ وسنكرر هذه العملية مرتين بالنسبة لكل مجموعة . انظروا إلى حتى تفهموا ما أقول .. عندما أقول أقبض عضلات يدك اليمنى ففعلوا هكذا

(يقبض المعالج أصابع يده اليمنى) ... ثم ترخى يدك هكذا (يرخى أصابعه) ... ثم تكرر للشيء نفسه بالنسبة لليد اليسرى .. هكذا ، وتستمر فى الشد وتلاحظه ثم ترخى الأصابع هكذا (يقوم المعالج بكل هذه الحركات) ، ثم تنتقل إلى الذراع (ويكرر المعالج العرض نفسه) .. هذه هى الفكرة العامة من التمرين ، هل لديكم أى أسئلة ؟ إذا لم تكن لديكم أسئلة اخلعوا النظارات والعصمات اللاصقة إذا كان أحدكم يستعملها ... هل لدى أحدكم أى إصابات فى جسمه قد يسبب شد العضلات الألم فيها ؟ هل يشكو أحدكم من ارتفاع ضغط الدم أو مرض فى القلب ؟ حسنا ... اجلسوا فى أماكنكم وأغمضوا أعينكم حتى تتمكنوا من التركيز ، وسأبدأ الآن فى إعطائكم التعليمات . الفكرة من التمرين أن تلاحظوا الفرق بين العضلات فى حالة التوتر وحالة الاسترخاء ... لنبدأ الآن .

إرخاء اليدين والذراعين :

أقبض أصابع يدك اليمنى .. شد عضلات اليد أكثر وأكثر .. ركز على الشد الذى تحص به فى عضلات اليد ... استمر فى أقبض أصابعك ولاحظ الشد العصبى فى يدك وساعدك ... والآن استرخ ... أرخ عضلات أصابع يدك اليمنى، ولاحظ الفرق فى الإحساس والعضلات مشدودة وبعد إرخائها ... مرة أخرى ضم أصابع يدك اليمنى بشدة ... استمر فى الشد ... والآن أرخ أصابع يدك وافرد الأصابع ... لاحظ الفرق مرة أخرى بين إحساس عضلات اليد المشدودة وإحساسك بها وهى مسترخية .

ضم أصابع يدك اليسرى ... شد عضلات اليد أكثر وأكثر ... ركز على الشد الذى تحص به فى عضلات اليد اليسرى ... استمر فى ضم أصابعك ولاحظ الشد العصبى فى يدك وساعدك ... والآن استرخ ... أرخ عضلات أصابع يدك اليسرى، ولاحظ الفرق فى الإحساس والعضلات مشدودة وبعد إرخائها ... مرة أخرى ضم أصابع يدك اليسرى بشدة ... استمر فى الشد ... والآن أرخ أصابع يدك وافرد الأصابع ... لاحظ الفرق مرة أخرى بين إحساس عضلات اليد المشدودة وإحساسك بها وهى مسترخية ... استمر فى إرخاء يديك .

والآن اترك يديك مسترخيتين تماما ، وانتقل إلى عضلة الذراع اليمنى ... اثن كوعك الأيمن لتشد عضلة الذراع الأمامية اليمنى وعضلات الساعد الأيمن ... شد العضلات بقوة أكبر ركز على الإحساس بالشد ... والآن افرد ذراعك الزمين وأرخه تماما ولاحظ الفرق بين إحساس الشد والإرخاء ، واترك ذراعك المسترخى فى وضعه للمريح على مسند الكرسي ...

انك كوعك الأيسر لتشدد عضلة الذراع الأمامية اليسرى وعضلات المساعد الأيسر ... شد العضلات بقوة أكبر .. ركز على الإحساس بالشد ... والآن افرد ذراعك الأيمن وأرخه تماما ، ولاحظ الفرق بين إحساس الشد والإرخاء واترك ذراعك المسترخى فى وضعه المريح على مسند الكرسي .

والآن لاحظ زيادة شعورك باسترخاء اليد اليمنى ... أصابع اليد اليمنى ... المساعد الأيمن والذراع الأيمن ... وكذلك لاحظ زيادة شعورك باسترخاء اليد اليسرى ... أصابع اليد اليسرى ... المساعد الأيسر والذراع الأيسر ... ذراعاك وبذلك مسترخيان تماما ... والآن ستترك الذراعين واليدين مسترخيتين فى وضع مريح على المسدين ، وننتقل إلى منطقة الرأس .

إرخاء الجبهة والعينين والوجه والرقبة والكتفين :

سنبداً الآن بالجبهة ... وحتى تشدد عضلات الجبهة ، قلب جبينك ... قلبه بصورة أكثر ... لجلته مشدودا وكأنك تقطب وجهك ... والآن أرخ عضلات الجبين ... وتخيل أن جبينك أصبح ناعماً مع زيادة استرخائه ... مرة أخرى شد عضلات الجبهة ، قلب جبينك ... قلبه بصورة أشد ... لجلته مشدودا وكأنك تقطب وجهك ... والآن أرخ عضلات الجبين ... وتخيل أن جبينك أصبح ناعماً مع زيادة استرخائه ... والآن ننتقل للعينين ... أغمض عينيك بقوة ... أكثر وأكثر ... لاحظ إحساس توتر عضلات العينين ... والآن أرخ عضلات العينين واستمر فى إغماضهما ... لاحظ إحساس استرخاء عضلات العينين ... للتوتر يخففى ويحل محله الإحساس بالاسترخاء .. مرة أخرى أغمض عينيك بقوة ... أكثر وأكثر ... لاحظ إحساس توتر عضلات العينين ... والآن أرخ عضلات العينين واستمر فى إغماضهما ... لاحظ إحساس استرخاء عضلات العينين ... للتوتر يخففى ويحل محله إحساس باسترخاء أكبر وعيناك مغمضتان ومستريحتان ...

حسنا ... ننتقل الآن إلى بقية الوجه ... امنعط على أذنانك ولاحظ توتر عضلات الكتفين ... والآن أرخ عضلات الكتفين والوجه تماما ... والآن ركز على عضلات الرقبة ... امنعط برأسك إلى الخلف على ظهر الكرسي بشدة ... لاحظ التوتر ... أرخ عضلات الرقبة ودع رأسك تعود إلى وضعها السابق المريح ...

ننتقل الآن إلى الكتفين ... ارفع كتفيك إلى أعلى مع شد عضلاتهما ... استمر فى الشد ... أرخ الكتفين ... دع الاسترخاء يزيد فى الرقبة والكتفين ... ارفع كتفيك مرة أخرى ... لاحظ توتر عضلات الكتفين وأعلى الظهر ... أرخ الكتفين واسترخ

تماما ... دع الاسترخاء يساب في كتفيك وظهرك ... أرخ عضلات الرقبة والكتفين ... والجبهة والعيين وكل الوجه ... ننقل الآن إلى الصدر والبطن .

### إرخاء الصدر والبطن :

تنفس ببطء وهدوء .. خذ شهيقًا ... زفيرًا ... لاحظ كيف زاد استرخاء جسمك ... لاحظ إحساس الاسترخاء أثناء تنفسك المريح ... والآن اكتم نفسك ... لاحظ التوتر المصاحب ... اطرد الهواء من صدرك تاركًا عضلات الصدر تسترخى وتطرد الهواء بنفسها ... استمر في التنفس المريح والمنظم ... استمر في الإرخاء ... لاحظ استرخاءك واستمتع به ... والآن تنفس بعمق واكتم النفس مرة أخرى ... حسنًا اترك الهواء يخرج من صدرك ولاحظ إحساسك بالراحة ... تنفس بصورة طبيعية ... استمر في إرخاء عضلات الصدر ... ودع الاسترخاء ينتشر إلى كتفيك ورقبتك ووجهك وذراعيك ... اترك نفسك تسترخى واستمتع بالاسترخاء ... والآن ننقل إلى عضلات البطن ... شد عضلات البطن بقوة ... لاحظ التوتر ... أرخ عضلات البطن الآن ... دع العضلات تسترخى ، ولاحظ الفرق بين الشد والاسترخاء ... مرة أخرى اكتم نفسك ... لاحظ التوتر المصاحب ... اطرد الهواء من صدرك تاركًا عضلات الصدر تسترخى وتطرد الهواء بنفسها ... استمر في التنفس المريح والمنظم ... استمر في الاسترخاء ... لاحظ استرخاءك واستمتع به ... والآن تنفس بعمق واكتم النفس مرة أخرى ... حسنًا اترك الهواء يخرج من صدرك ولاحظ إحساسك بالراحة ... تنفس بصورة طبيعية ... استمر في إرخاء عضلات الصدر ... ودع الاسترخاء ينتشر إلى كتفيك ورقبتك ووجهك وذراعيك ... اترك نفسك تسترخى واستمتع بالاسترخاء ... والآن ننقل إلى عضلات البطن ... شد عضلات البطن بقوة ... لاحظ التوتر ... أرخ عضلات البطن الآن ... دع العضلات تسترخى ، ولاحظ الفرق بين الشد والاسترخاء .

### إرخاء الساقين والقدمين :

شد عضلات ساقيك وقدميك ... اثني قدميك إلى أسفل بعيدا عن جسمك حتى تشد عضلتى مؤخرة الساق (لفترة وجيزة حتى لا يصاب للعميل بالشد العضلى) ... والآن أرخ العضلات ... مرة أخرى شد عضلات ساقيك وقدميك ... اثني قدميك إلى أسفل بعيدا عن جسمك حتى تشد عضلتى مؤخرة الساق حسنًا ... أرخ عضلات الساقين والقدمين ... والآن تستطيع مضاعفة الاسترخاء بمجرد التنفس مرة واحدة بعمق وطرد الهواء من الصدر ببطء ... نفس عميق ... لملأ صدرك بالهواء ثم اطرد

الهواء ببطء ... استخدم هذه الطريقة لتصل إلى مستوى الاسترخاء الذى تريده ...  
ستستخدم التنفس فى المستقبل كإشارة سريعة لإحداث الاسترخاء ... مرة أخرى ..  
خذ نفساً عميقاً ودع الاسترخاء ينتشر فى جسمك ... فتخلى يديك وذراعيك ،  
وجوهك ... وعضلات الرقبة والكتفين ... واليطن ... والساقين والقدمين .

ويقوم المعالج فى فترات مختلفة بعد انتهاء العمل من إرخاء اليدين والذراعين  
بإعطائه تعليمات خاصة بالتنفس :

«حسناً ... تريد الآن زيادة درجة الاسترخاء ، تنفس ببطء وعمق الآن ...  
كرر ذلك مرتين ، لجعل التنفس يزيد من تحكمك فى الاسترخاء ... إذا أردت فى  
المستقبل الوصول للاسترخاء بسرعة ، استخدم طريقة التنفس العميق والبطيء التى  
استعملناها الآن» .

إن استمرار الربط بين للتنفس العميق والاسترخاء العضلى ، يحول الأول إلى  
مؤثر يؤدى إلى الاسترخاء .

ثم يقوم العميل فى الوقت المتبقى باستعراض مجموعات العضلات المسترخية  
للواحدة تلو الأخرى ومشهد التمكن بالتبادل . ولا يحتاج استعراض العضلات إلى  
شدها مرة أخرى ، بل يكتفى بالتركيز على حالة استرخائها ، بالقول :

«والآن ركز على مجموعات العضلات المختلفة ... استمر فى إرخاء يدك ...  
وساعدك ... وذراعك الأيمن ... ويدك اليسرى مرتخية ... ركز على إحساسك  
بالاسترخاء فى عضلات الجبهة والعينين ... والوجه والرقبة والكتفين ... أحسنت ..  
ركز كذلك على الإحساس بالاسترخاء فى الصدر والبطن ، وكأنه جزء ثقيل لا تستطيع  
أن تحركه ... وكذلك الإحساس بالاسترخاء فى الساقين والقدمين ...

كرر النفس العميق لزيادة الاسترخاء ، حاول أن تسترخى إلى أقصى حد  
ممكن ... حسناً ، استمر فى الاسترخاء ..... أحسنت .. استمر .

وينهى المعالج الاسترخاء بإصدار التعليمات التالية :

«سأطلب منك بعد لحظة أن تحرك أصابع يديك قليلاً ... لبدأ ... الآن سأطلب  
منك تحريك قدميك ... لبدأ ... حسناً ... عندما تحس أنك مستعد ، افتح عينيّك مع  
استمرارك فى الشعور بالاسترخاء واليقظة والانتعاش فى الوقت نفسه ... (وقفة) ...  
(إذا لم يفتح أحد العملاء عينيه تقول له) حسناً ، افتح عينيّك الآن مع استمرارك  
بالشعور بالاسترخاء .

## — الخاتمة —

الهدف من الخاتمة : هو التحقق من مدى نجاح العملاء فى تحقيق الاسترخاء ؛ ومن فهم التعليمات بشكل خاص ؛ ومدى نجاح للتففس العميق فى حثهم على الاسترخاء ؛ ومدى تمكثهم من التحكم فيه .

وإذا اتضح أن للعميل لم يتمكن من الاسترخاء ، فعلى المعالج مضاعفة التمارين ؛ أو تخصيص جلسات إضافية ؛ أو الاستعانة بوسائل مساعدة كأشرطة الكاسيت . ويقرر أن يعجز العميل عن الاسترخاء فى الجلسة أو تحسين أدائه أثناء الواجب المنزلى .

### ٤- تحديد الواجبات :

\* التدريب على الاسترخاء .

\* تعبئة نموذج الضغط النفسى ١ .

\* تعبئة نموذج الاسترخاء .

\* كتابة مشهد للتسكين على بطاقة استعداداً للجلسة القادمة .

يتركز التركيز على العميل بعد الجلسة الأولى للتمرين على الاسترخاء الذى أداه فى الجلسة ، بواقع مرة فى اليوم لمدة خمسة أيام من الأسبوع التالى ، ولقد ثبت أن التمرين يساعد العملاء لاسيما فى الأسبوع الأول .

ويطلب من العميل فى العادة أن يخصص ٩٠ دقيقة فى المساء لممارسة الاسترخاء فى مكان هادئ . والسبب فى إطالة المدة التأكد من عدم قيام العميل بالتمرين بسرعة ، كما ننصحه باختيار موعد لا تتلوه المواعيد أو المقابلات أو إنجاز المهام ، أو أى حدث قد يشتت انتباهه .

ويتبع التمرين الخطوات نفسها التى تعلمها فى الجلسة ، فيستلقى فى كرسى مريح ويخلع النظارة ويحرر من أى أجزاء ضاغطة من ملابسه ، ويغمض عينيه ثم يشد عضلاته ويرخيها .... إلخ ، وبعد انتهائه يفتح عينيه ويمارس أى نشاط آخر أو يذهب للنوم .

وتعليمات الاسترخاء فى المنزل بسيطة جداً :

«الواجب المطلوبة منكم هذه المرة ، هو التدريب على الشد والإرخاء اللذين قمنا بهما اليوم .. حددوا وقتاً لن تتعرضوا فيه للإزعاج ، وخصصوا ٩٠ دقيقة للتمرين .

وينبغي أن يكون موعد التمرين فى وقت لا يسبق مواعيد مهمة ، تريد أن تذهب إليها بعد انتهائك من التمرين ، حتى تركز تماما على ما تفعل ولا تشعر بأن بالك مشغول بالخطط لما ستفعله بعد ذلك . اختر مكانا مريحا ! قد يكون هذا المكان فراشك فى غرفة النوم أو كرسيك مريحا . ليس ملابس فضفاضة ومريحة . استعمل الإيقاع نفسه الذى استخدمناه فى الجلسة ، المهم أن تشد عضلاتك بحيث تشعر بالتوتر العضلى ثم ترخيها . وتذكر أن تأخذ أنفاسا عميقة قرب النهاية لتعميق الاسترخاء ، ولكن ثلاثة أنفاس بطيئة وعميقة . أريد أن تتمرّن على الاسترخاء الذى يستغرق من ٣٠ إلى ٤٥ دقيقة .. ستقومون بالتمرين يوميا ، حتى نلتقى مرة أخرى .. سأعطيك نموذجا لتعبها وسأشرحها لك بعد قليل .

وستمر متابعة الذات باستخدام (نموذج الاسترخاء) لمتابعة تقدم الحالة والتأكد من التزام العميل . ويشمل نموذج الاسترخاء تحديد تاريخ ووقت القيام بالتمرين ، وأجزاء الجسم التى تحقق استرخاؤها بسهولة ، والأجزاء التى ظلت متوترة ، ومستويات التوتر قبل وبعد للتمرين . ويطلع المعالج على هذه النماذج قبل الموعد الناقم .

\* ولما إلى التعليمات الخاصة بصحة (نموذج الاسترخاء) :

ستقومون بتعبئة هذا للنموذج الخاص بطريقة استرخائكم ، وهذا العمود الأول خاص بالتاريخ والساعة ... والعمود الثانى خاص بمدة التمرين ... ثم دورنا فى العمود الثالث أجزاء الجسم التى كان استرخاؤها سهلا ، وفى العمود الرابع تلك الأجزاء التى ظلت متوترة بعض الشيء ... ثم اكتبوا فى العمود الخامس مستوى التوتر قبل وبعد التمرين ، مستخدمين المقياس المبين فى أسفل النموذج ... وكما ترى ... صفر تعنى لا يوجد استرخاء بالمرة ، و١٠٠ تعنى استرخاء كليا .

وإذا اتضح من النموذج أن العميل غير ملتزم أو لا يتقدم ، فعلى المعالج تأجيل الجلسة التالية أو تكرار وإعادة الجلسة الأولى . وإذا كان التزام العميل سيئا جدا ، فعلى المعالج التفكير فى إلغاء الموعد ، فيقول .. إن ما ستفعله فى الجلسة القادمة يعتمد على حسن أدائك فى المنزل وقدرتك على تعلم الاسترخاء ؛ إذ لن نحقق شيئا دون هذه الشروط . لذلك سأعطيك فرصة لمواصلة التمرين لوحدك بدلا من جلسة اليوم . وقبل تحديد موعد آخر .. هل هناك ما أستطيع أن أساعدك به لتكمل التمرين فى هذه المرة ؟ . وإذا كانت ظروف العميل تمنعه من التدريب على الاسترخاء ، يستطيع المعالج تحديد مواعيد يقوم فيها العميل بتمارينه فى العبادة بمفرده .

**\* كتابة المشهد التسكين على بطاقة خاصة استعداداً للجلسة القادمة .**

ويطلب من كل عميل تسجيل على بطاقة خاصة الموقف التسكينى الذى وصفه مع زملائه وتم تشكيله مع المعالج . وينبغي أن يتضمن المشهد ، بالإضافة إلى التفاصيل المرئية كالمكان وجود الآخرين والسمات المميزة والنشاط الذى يتم خلاله ، جوانب حسية أخرى مثل الجوانب السمعية واللمسية والشمية ليزداد وضوحه . وحتى نتجنب الخلط بين المواقف الاسترخائية والمواقف الجنسية أو نشوة التعاطى ، نوضح الأمر للعميل بمؤالته عين المشاهد المرتبطة بالهدوء والسكينة ، بدلاً من مؤالته عن مشاهد سارة .

ويتضمن مشهد التسكين عناصر خاصة بالمشهد وأخرى خاصة بالانفعالات . ويشمل الدرع الأول أوصافاً للبيئة والظروف مثل «أنا على رمال الشاطئ بمفردى» . بينما تشير العناصر الانفعالية إلى إحساسه وقتها ، مثل : «أحس بنفث مريح ، جسمى مسترخ تماماً ، لا أفكر فى شىء» ، وأشير بالسكينة .

(عادل الدمرداش (١٩٩٥) التدريب على التعامل مع القلق ، منشورات مستشفى أمل الدمام ، السعودية) .

**ثانياً : العلاج النفسى الجمعى : group psychotherapy**

**تعريف العلاج النفسى الجمعى :**

تتعدد التعريفات التى قدمت لمفهوم العلاج النفسى الجمعى... إلا أننا نستطيع أن نلخص أبرز هذه الخصائص فى :

- العلاج النفسى الجمعى هو (تجميع) لمجموعة من الأفراد .
- هناك اختلافات فيما يتعلق بالعدد المناسب للجلسة العلاجية ، فالبعض يرى أن العدد لا يجب أن يزيد عن أربعة أشخاص فى حين يرى البعض أن من الممكن أن يصل العدد إلى ستة أشخاص أو أكثر من ذلك .
- أن العلاج للنفسى الجمعى نوعاً من العلاج يتم من خلاله علاج الفرد داخل جماعة، وأن وجود الفرد داخل جماعة له عديد من المميزات ، وأن وجود الشخص داخل جماعة يخلق نوعاً من أنواع السلوك ، التى لا تتواجد فى حالة وجود الشخص بمفرده .
- فى حين يرى البعض أنه لا فرق بين العلاج الفردي والعلاج الجمعى ، وأن



الظواهر للجماعية لا تتفرد بخصائص متميزة عن خصائص أفرادها ، وأتينا نفهم ما يحدث فى مستوى الجماعة بإرجاعه إلى مستوى السلوك الفردى .

- أن البعض يرى ضرورة أن يكون الأعضاء المكونين للجماعة متشابهين فى مشاكلهم أو اضطراباتهم التى يعانون منها ، فى حين أن البعض الآخر يؤكد ضرورة (التنوع) داخل الجماعة ، مع الأخذ فى الاعتبار أن لكل فريق مبرراته ووجهات نظره فى ذلك .

- أن مدة الجلسة العلاجية الجماعية تتراوح ما بين الساعة ونصف الساعة .

- أن الجلسات العلاجية للجماعية من الممكن أن تستمر فى فترة زمنية من ستة أشهر حتى عام ، وربما أكثر وفقاً لطبيعة المشاكل المطروحة فى الجلسات .

#### أهداف العلاج النفسى الجمعى :

إن أهداف العلاج النفسى الجمعى تهدف إلى إعادة توافق الفرد مع نفسه أولاً ، ثم مع البيئة ثانياً ، وإن أهداف العلاج النفسى تثير قضية على جانب كبير من الأهمية : هل العلاج النفسى يهدف إلى إعادة الشخص إلى حظيرة المجتمع ؛ كى يتوافق مع السائد والمألوف (بغض النظر عن مدى انطباقه وانفاقه من عدمه مع اتجاهات الشخص ؟ أم أنه يهدف إلى جعل الشخص أكثر وعياً وتمرّداً واستبصاراً بواقعه ونفسه ؟

وتثير هذه القضية عدة قضايا ، مثل :

- ١- إن أى فرد لايد أن يتواجد فى المجتمع .
- ٢- إن هذا المجتمع له ثقافته الخاصة به .
- ٣- إن أى فرد يعيش فى كنف هذه للثقافة هو فى الحقيقة ابن شرعى لهذه الثقافة .
- ٤- لأن الفرد - وفقاً لمعيد من العمليات - قد يتفق مع ثقافة المجتمع أو قد يختلف .
- ٥- إذا كان (التغيير والتعديل) يحدث بسرعة فى ثقافة الفرد ، فإن ذلك يقتضى عديداً من الوقت والجهد لتغيير ثقافة المجتمع .
- ٦- إن السلطة بمختلف أشكالها تؤكد ضرورة أن (يمثل) الفرد للثقافة القائمة ولا تسمح أحياناً بأى اختلاف .
- ٧- وقد تتسامح السلطة مع (بعض المختلفين معها) فى ظروف تاريخية معينة وقد لا تسمح (وتأخذ بيد من حديد على كل من يظهر بادرة اختلاف أو اعتراض) .

٨- والغالب أن الفرد المختلف يجد نفسه متاراً للاعتقال والشبهات ، وقد يتعرض لعدد من صنوف التعذيب وغسيل الدماغ حتى (تثبت) السلطة أفكاراً جديدة تتفق مع ما يجب أن يسود (فى مرحلة تاريخية معينة) .

٩- وقد يصر الشخص على مواصلة الاختلاف حتى لو دفع حياته ثمناً لذلك .

١٠- وقد ينصاع الشخص ويتحول من النقيض (التمرد) إلى النقيض (التواؤم والتوافق) مع السائد والمألوف ، بل قد يتحول إلى أداة بطش لكل من تسول له نفسه الاختلاف مع السائد (أى يكون ملكاً أكثر من الملك نفسه ، وإعلاماً أكثر من أجهزة الإعلام) فأين إذاً دور المعالج النفسى ؟ وهل يعمل على (تثبيت) أركان ثقافة المجتمع ، أم يساعد الفرد على (التمرد) وتحمل المسؤولية (مسؤولية تمرده) ولتكن النتائج ما تكون ؟ ونظن أن مناقشة هذه القضية إجمالاً أو حتى تلخيصاً تخرجنا عن الهدف من هذه الدراسة ، وتلك قضية أخرى.

**أهداف العلاج النفسى عموماً تكون كالاتى:**

أ - زيادة وعى الفرد واستيعاؤه وفهمه .

ب- حل أو تصفية الصراعات التى تسبب عجزه .

ج- زيادة قبول الفرد لذاته .

د - تعزيز وتدعيم نواحي القوة فى الفرد .

هـ- تعرف إمكانيات وقدرات الفرد (الكامنة) وتمييزها .

و - زيادة فى كفاءة تقدير الذات .

ز - زيادة قدرة الفرد على مواجهة المشكلات .

ح - زيادة قدرة الفرد على تحمل الإحباطات .

ط - تقليل التوترات إلى أدنى حد ممكن .

**العلاج الجمعى للمدمنين :**

من خلال الخبرة وقيادة جماعات علاجية لعلاج المدمنين علاجاً نفسياً جماعياً ، فإن الأمور كانت تسير كالاتى :

١- أن الأفراد الذين خرجوا لتوهم من مرحلة الأعراض الانسحابية ، ولا يمانون من

أى مشكلات نفسية حادة كالخجل أو الاكتئاب مثلا - كانوا يدخلون جلسات العلاج النفسي الجمعى .

٢- وأن الموضوع الذى كان يطرح هو عبارة عن مناقشة لقضية من القضايا المتعلقة والمرتبطة بالإدمان ، مثل :

أ - أن يتكرر كل عضو من أعضاء الجماعة البدايات الأولى لكيفية الإدمان .

ب - المشاعر والأحاسيس التى استشرها حينما دخل فى تجربة التعاطى للمرة الأولى .

ج- ما للخسائر التى خسرها من جراء مواصلة الإدمان .

د - مرات التردد على العلاج ، سواء كان هذا التردد فى مستشفى حكومى أم مستشفى خاص .

هـ- كيفية مواجهة الضغوط والأزمات والمشاكل .

و - عدد مرات الانتكاسة وأسبابها .... إلخ ، هذه القضايا حيث كنا نطرح قضية ويتكرر كل فرد التجربة التى مر بها ثم نقوم بتعديل هذا السلوك (مثلا مواجهة الضغوط بالمخدرات) فنطرح تساؤلا مؤداه : وهل نجحت المخدرات فعلا فى مواجهة هذه الضغوط أو هل استطاعت المخدرات أن تحل لك المشكلة ؟

٣- بعض الأفراد الذين نلتمس لديهم دافعية عالية للتحسن ، كنا نطرح عليهم قضايا متعلقة بكيفية المواجهة ، وأن تعاطى المخدرات (وارد) وأن الإغراءات (قائمة) وأن كثيراً من الرفاق الذين كنت تتعاطى معهم ، وبعضهم لم يتعاف ، سوف يكونون حريصين على إمكانية عودتك إلى المخدر مرة أخرى . وكنا - كفريق علاج - نسمح للفرد بالخروج خارج المستشفى حتى يختبر إمكاناته وقدراته .

٤- بصفة عامة فى العلاج النفسى الجمعى للمدمنين - وبغض النظر عن المرحلة العلاجية التى يمر بها الشخص ، ومدى استجابته من عهده للعلاج ، فإن المعالج النفسى للجمعى سيحاول التغلب على العقبات الآتية :

- الإنكار .

- المقاومة .

- الصليبة .

- الدافعية (سواء للعلاج أو للاستمرار فيه) .

- تحمل المسؤولية (خاصة وأن التعاطى والتوقف عن الإدمان سوف يفرض بدوره مجموعة من التغيرات النفسية والاجتماعية وأساليب الحياة ؛ حيث عليه أن يتخلص) من الزقاق والعلاقات ، التى كان يقيمها من أجل الحصول على المخدر و(فريق) التعاطى .... إلخ وأن (يستبدل) بكل هذه العلاقات والأفراد علاقات أخرى بعيدة تماما عن (فعل التعاطى) .

- ميكانيزمات الدفاع .

- الاعتمادية والطفلية التى يبدئها بعض المدمنين .

- الإحساس بالذنب والندم .

- الاكتئاب والحزن واليأس ... إلخ .

كما يمكن أن يقدم العلاج النفسى الجمعى بصورة أخرى، ومن تجربة الباحث.. فقد كلف أحد المدمنين الذين يمتلكون المهبة الأدبية بكتابة مسرحية ، تتحدث من دافع خبرته عن جلسات التعاطى وموقف الأسرة من هذا السلوك ، وتم اختيار مجموعة من المدمنين (بتمثيل) الأدوار ، وقد قدمت على مسرح المستشفى ، ووجدت استحسانا من قبل الحضور وهو نوع من العلاج النفسى الجمعى بالسيكودراما، وأن هذا النوع من العلاج - ومن خلال الخبرة أحد أهم العلاجات النفسية للفعالة فى علاج الإدمان ، وما يرتبط به من مشكلات واضطرابات انفعالية مثل : الانطواء ، الخوف من التفاعل مع الآخرين ، الفشل ... إلخ .

**العلاج بالسيكودراما كأحد العلاجات النفسية الجمعية للمدمنين :**

ولعل تفصيل هذا النوع من العلاج يعود إلى الأسباب الآتية :

أ - أنه يحتاج إلى إمكانات بسيطة (مسرح وليس شرطا أساسيا أن يكون بمواصفات المسرح المتعارف عليه ، بل يكون مكانا مرتفعا قليلا عن سطح الأرض) .

ب- أن العلاج بالسيكودراما يتميز بإمكانة استخدامه فى عديد من المجالات مثل :

١- العلاج النفسى .

٢- العلاج الاجتماعى .

٣- وسيلة من وسائل تدريب الفرد على السلوكيات الإيجابية الفعالة .

٤- وسيلة من وسائل التربية والتطعيم .

٥- وسيلة من وسائل للترويح والتفريغ عن النفس ( المقصود ) .

### فنيات العلاج بالسيكودراما :

يضيّق المقام بالطبع عن التعرض لإيجازاً أو تفصيلاً لفنيات العلاج النفسي الجمعي بالسيكودراما .. إلا أن الفنيات تتعدد ، ويختار المخرج (للمعالج النفسي) أو مساعده المخرج (أخصائي نفسي تحت التدريب) من اختبار (العينة) أو (العينات) المناسبة لطبيعة الجماعة ولطبيعة الاضطراب (أو الاضطرابات) التي يتعامل معها ، ومن هذه الفنيات :

١- أسلوب مناجاة النفس : وهنا تتجلى قدرة المعالج في تحويل المونولوج الداخلي (أي الأحاديث والأفكار والرغبات التي تمرح داخل الشخص) إلى حوار خارجي .

٢- أسلوب المرأة : وتستخدم هذه الفنية في حالة عجز المريض عن التعبير عن نفسه بالكلام والفعل ، فيتم اختيار ...؟؟.. للمساعد ؛ لكي يقوم بدور يمثل مرحلة ما في حياة البطل .

٣- أسلوب تقوم النفس : وتستخدم هذه الفنية في حالة رغبتنا في أن يقوم الشخص بدور شخص آخر ، كأن يقوم بدور الأب ، أو الأخ الأكبر ، أو المدرس أو رئيس في العمل ولا شك أن استخدام هذه (الفنية) يجعل الفرد على (دراية واستبصار) بموقف واتجاهات الشخص الآخر .

٤- أسلوب انعكاس الدور: وفي هذه الفنية يتم (قلب الأدوار) بين الأشخاص الذين يعانون من تشويش في إدراك الشخص الآخر ، إذ قد يقوم الأب بدور الطفل ، والمدرس بدور التلميذ أو العكس ، وبهذا الانعكاس للأدوار يتم تصحيح العلاقة .

٥- أسلوب النمذجة أو التعلم الجماعي : وهذه الفنية مشتقة من نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا ، وتنهض على حقيقة مؤداها : أننا لكي نعلم شخصاً أسلوباً أو اتجاهاً معيناً ، فلا بد من أن نعرض أمامه نماذج من هذا الأسلوب (المراد تعلمه) .

٦- المقعد الخالي : وفي هذه الفنية نعمل على إحلال (مقعد) بدلاً من شخص ما في الحدث الدرامي ، ولا شك أن هذه الفنية تتيح للبطل حرية التعبير ، الصراخ ، الغضب ، تجنب اللعنان على الآخر ... إلخ .

٧- الشبيه أو المثل أو الدوبلير : وتقصّد بهذه الفئنة استخدام الأنا للمساعدة فى دور خاص مميز ، ولعب جزء من الذات الداخلية للمريض ، ويطلق على هذا الأسلوب أحيانا : الأنا الآخر ، وتكون وظيفة الشبيه : التعبير عن مشاعر وأحاسيس وإفعلالات للبطل الداخلية .

(لمزيد من التفاصيل : محمد حسن غانم ، ٢٠٠٣ ، ص ص ١٢١ - ١٤٣)

ثالثاً : العلاج بواسطة التدريب على إرجاع موجات المخ (٥)

محكات لاختيار المدرب

- ١- ألا يزيد عمره عن ٤٠ عاماً .
  - ٢- أن يكون قد أنهى مرحلة التعليم الابتدائية على الأقل .
  - ٣- معنى أسبروع على الأقل من انتهاء مرحلة التطهير DETOX .
  - ٤- أن يبدى المدرب مستوى معقولا من الحفزية فى الأنشطة الأخرى .
  - ٥- ألا يكون مصاباً باضطراب عقلى وظيفى أو عصبى ، أو اعتلالاً فى الشخصية .
  - ٦- أن يكون معدل ذكائه فى حدود المتوسط .
  - ٧- ألا يكون ممن يستعملون الأدوية للنفسية
- يشمل التدريب على الإرجاع العناصر التالية :

أ - جلسة توضيحية واحدة .

ب- جلسات التدريب .

وتتكون كل جلسة تدريب من :

- ١- الجزء التمهيدى .
- ٢- الجلسة الفعلية .
- ٣- الجزء الختامى وللوظيفة المنزلية .

---

(٥) قام بتدريب الباحث على هذا النوع من العلاج فى وحدة (الببوفيندياك الأستاذ الدكتور / عادل بمرdash ، أستاذ الطب النفسى - كلية الطب - بنين - جامعة الأزهر ، وكان إبان هذه الفترة يعمل استشاريا للطب النفسى .

### ( أ ) الجلسة التوضيحية

يقدم المعالج بشرح الفكرة من العلاج بصورة مبسطة للمدمن ويجب عن أسئلته ، ولا يتركه حتى يتأكد من وضوح فكرة الإرجاع فى ذهنه تماماً ، ويبين للمتدرب أن للجلسات الثلاث الأولى ستكون على سبيل التجربة لاختبار صلاحيته لهذا العلاج . ويبين للمتدرب أن هناك من لا يستفيد من هذه الطريقة ويستفيد من طرق علاجية أخرى ، والهدف من ذلك استبعاد من تكشف التجربة العملية ضعف حفزيتهم وعدم صلاحيتهم للإرجاع .

ويقوم المتدرب بتعبئة استمارة تاريخ حياة العميل بمفرده أو بمساعدة المعالج . ويطبق عليه اختبار تييلور للتلق واختبار بيك للاكتئاب ، ويقوم المعالج بعد ذلك بتعبئة استمارة تقييم الحالة الحاضرة .

### ( ب ) جلسة التدريب

١- الجزء المهيئ : يقوم أثناءه المعالج بتعبئة استمارة وصف المشاعر ، وسؤال المتدرب عن ما حدث له وشعره بعد الجلسة السابقة . كما يطلع على نماذج الوظائف المنزلية ويناقشه فيها لمعرفة مدى فهمه للعلاج ، وتطور حالته ، وطبيعة الصعوبات التى يواجهها ، ومدى التزامه بالتعليمات .

٢- الجلسة الفعلية : توصيل المتدرب بجهاز الإرجاع حيث تستمر الجلسة ٣٠ دقيقة ، ويواقع ٣ جلسات فى الأسبوع ، ومجموع كلى يتكون من ١٠ - ١٢ جلسة .

٣- الجزء الختامى : يقوم المعالج بعد انتهاء الإرجاع بتعبئة استمارة وصف خبرة التدريب على التحكم فى موجات المخ ، وعرض للرسم البيانى لموجات المخ على المتدرب مع شرحه ، والتعليق على أدائه والاستفسار عن الصعوبات وأى خبرات تخيلية مر بها لربطها بالتحكم . ويكلفه بعد ذلك بالوظيفة المنزلية التى سيقوم بها حتى الجلسة القادمة ، ويطلب منه تسليم النماذج قبل الجلسة بيوم على الأقل ، حتى يتيح للمعالج فرصة الاطلاع عليها قبل مناقشته فى الجزء التمهيدى من الجلسة التالية .

### فنيات الإرجاع

١- يبدأ علاج المتدرب على إرجاع موجات المخ بتدريبه على الاسترخاء العضلى العميق مع شرح الفكرة من الاسترخاء حتى يتمكن من تلك الفنية تماماً ، كما يتضح من النماذج التى يعيها بعد قيامه بالتدريب بين الجلسات ، ويستغرق

للتدريب على الجلسات حوالى ٤ - ٥ جلسات .

٢- يتم فى الوقت نفسه الذى يتعلم فيه المتدرب الاسترخاء تمرينه على التخليل .  
ويتدرب الشخص بمفرده كجزء من وظائفه المنزلية ، ويدون أدائه فى نموذج خاص بذلك .

٣- يقوم المعالج بتسجيل سرعة نبض المتدرب وضغط الدم قبل وبعد الجلسة .

**وصف جهاز الإرجاع وطريقة استعماله**

جهاز الإرجاع المستخدم بالمستشفى مصنوع فى الولايات المتحدة واسمه  
BEG ٢٠ DEI FREEDBACK (أنظر صورة الجهاز) .

١- مفاتيح التشغيل Function وتوجد فى الركن الأيمن الأعلى من الجهاز ، وتوجد  
عليه ٣ وظائف .

**\* Off لإطفاء الجهاز .**

**\* BT** تقوم هذه الوظيفة بقياس شحنة البطارية التى تشغل الجهاز . ونستطيع  
قراءة جهد البطارية من العداد الموجود على الجهاز . فإذا كانت البطارية  
مشحونة ، ينحرف المؤشر إلى أقصى اليمين نحو للمنطقة المدون تحتها  
BATT . أما إذا كانت البطارية ضعيفة فإن المؤشر ينحرف إلى اليسار . وفى  
هذه الحالة ينبغى شحن البطارية قبل التشغيل .

**\* ON** وهى الوظيفة التى تشغل الجهاز .

٢- فى الجزء الأيسر من الجهاز ٤ قوائم عمودية مدرجة ، وكل منها مزود بمفتاح  
متحرك لتغيير عتبة Threshold كل وظيفة . وتشمل الآتى من اليمين إلى  
اليسار .

**\* مفتاح كف التشويش ART INH** ووظيفته إيقاف الجهاز عند صدور إشارات  
كهربية من خارج المخ ، مثل شحنات صادرة من عضلات الرقبة أو  
الفكين أو أى إشارات أخرى غير مرغوب فيها . ويبدأ تدريج هذه الوظيفة من  
صفر وينتهى بقيمة ١٥٠ ميكروفولت (جزء من مليون من الفولت) ، ونحرك  
المفتاح فى العادة حتى تدريج ١٠٠ ميكروفولت .

**\* مفتاح التحكم فى صوت موجات ثيتا VOL** ، ويؤدى تحريكه إلى أسفل إلى  
تخفيض الصوت والعكس بالعكس .



\* مفتاح تحديد عتبة ثيتا THR THETA وهو مدرج من (صفر إلى ١٠٠ ميكروفولت) . ونستطيع عن طريقه تحديد قيمة جهد موجات ثيتا التى نسمع للجهاز بالتقاطها وتحويلها إلى صوت مسموع .

\* مفتاح تحديد عتبة ألفا THR ALPHA ثم مفتاح تحديد عتبة بيتا THR BETA ويلطبق على كل منها ما ذكرناه عن موجات ثيتا .

٣- مدخول الجهاز INPUT : فيشة تدخل فيها رأس متصلة بالأقطاب التى نوصلها بالمتدرب ، ولتى تنقل موجات المخ الكهربائية إلى الجهاز .

٤- فيشة يدخل فيها رأس متصل بالسماعتين اللتين يضعهما للمتدرب على أذنيه لسماع الأصوات الصادرة من الجهاز PHONES .

٥- العداد METER وهو على شكل نافذة مستطيلة بداخلها مؤشر ومدرجة من (صفر إلى ١٠٠ ميكروفولت) ، ويستخدم لقراءة جهد البطارية كما ذكرنا من قبل ولقراءة جهد موجات المخ التى نختارها .

٦- مفتاح اختيار للموجات التى يسجل العداد جهدها الكهربى METER SELECT : ويوجد فى الركن الأيسر بالجزء الأسفل من الجهاز ، وعليه ٣ تدريجات : EEG, B, A, T ويعنى EEG اختيار كل الموجات ، B اختيار موجات بيتا ، و A اختيار موجات ألفا ، و T اختيار موجات ثيتا .

٧- مفتاح ضبط للوقت ووظائف الزمن Timer and time functions : ويوجد فى أعلى الجهاز ، ويتكون من الآتى :

\* مفتاح لاختيار الموجة التى نريد قياس وظائفها الزمنية . وعليه ٤ تدريجات . الأول ET ويعنى للزمن الذى استغرقته كل موجة ، أما الثلاث الباقية فترمز إلى موجات بيتا وألفا وثيتا على التوالى .

\* مفتاح تشغيل ضابط الوقت START .

\* مفتاح إيقاف ضابط الوقت STOP .

\* مفتاح تصفير عداد الوقت RESET .

\* مفتاح حساب نسبة الزمن الملوية الذى تستغرقه موجة المخ % TIME .

٨- الجزء الخلفى من الجهاز : وعليه فيشة صغيرة توصل بمحول لشحن البطارية ، وأسفلها لمبة صغيرة تضئء ضوئاً أحمر عند شحن البطارية ، وتوجد فيشة

أخرى على اليسار يدخل فيها رأس متصل بقطعة معدنية نسميها زرار التعليم ويضبط عليه المتدرب عند شعوره بأى حركة أو تخيل أو انفعال .

### خطوات التشغيل

١- إن الجهاز يكرر الإشارات الكهربائية الواردة من المخ بقيمة تعادل ١٠,٠٠٠ ملل ، ويسجل ٣ موجات : بيتا التى يبلغ ترددها ١٣ - ٢٦ نبضة فى الثانية (هيرتز Hz) ، ألفا وسرعتها ٨ - ١٣ هيرتز ، ثيتا وسرعتها ٤ - ٧ هيرتز . ويقوم الجهاز بفصل هذه للموجات عن بعضها وتحويلها من موجات سينية إلى موجات أحادية متوافقة مع تيار البطارية المستمر DC ، ويستطيع المعالج تحديد جهد (ارتفاع) الموجة المعنية التى يريد تسجيلها ، عن طريق المفاتيح التى ذكرناها من قبل ، فإذا كان المطلوب النقاط موجات ألفا التى يزيد جهدها عن ٣٠ ميكروفولت فقط ، نحرك المفتاح الخاص بعتبة ألفا إلى ٣٠ فيتجاهل الجهاز موجات ألفا التى تقل عن هذه القيمة .

٢- صف الأقطاب : نستخدم ٣ أقطاب ، أحدها قرص معدنى صغير والاثنان الآخران مشبكان من البلاستيك . وكل منها يصل بسلك ينتهى برأس ، ندخله فى سلك متصل بقيشة المدخول فى الجزء الأمامى من للجهاز .

٣- نقوم بتنظيف نقطة على الجزء الخلفى من أسفل رأس المتدرب ، حيث تنوه عظمى نحدد نقطة على يساره وتعلوه بمسافة ٢ سم تقريبا ونسميها ٥١ ثم نضع كلا من القطبين الآخرين على شحمة الأذن اليسرى واليمنى . والملاحظ أن سلكين من الأسلاك المتصلة بالأقطاب صفراء اللون ، وهى الأقطاب النشطة التى تسجل للموجات ، أما السلك الثالث فأسود اللون وهو سلك أرضى يسمح بتسريب الشحنات الزائدة من الجسم . وبعد اختيار المكان ، نزيح الشعر وننظف الجلد بالكحول ثم ندلك الجلد بمعجون منظف ، ونفرك شحمة كل أذن بالمعجون نفسه قبل صف الأقطاب ، ونملأ القطب الدماغى بالمعجون الموصل ونثبتة فى مكانه بشريط من الفيلكرو اللاصق . وللخلاصة : نوصل القطب الدماغى بسلك أصفر والأذن اليسرى بسلك من اللون نفسه ، أما الأذن اليمنى فتوصلها بالسلك الأسود . ويتبعى تنظيف وغسل الأقطاب بالماء بعد كل جلسة حتى تخفى بقايا المعجون الموصل . إن إهمال تنظيف الأقطاب يؤدى إلى سرعة تلفها وانخفاض كفاءتها فى توصيل النقاط والإشارات الكهربائية .

#### ٤- الاختبارات الميدانية :

- \* صف الأقطاب بالطريقة المذكورة أعلاه .
- \* توصيل الأقطاب بفيشة المدخول الموجودة على مقدمة الجهاز .
- \* تحريك مفتاح الوظائف إلى BAT ثم النظر إلى العداد للتأكد من أن البطارية مشحونة (نظر أعلاه) .

وإذا أردنا شحن البطارية ، نحرك مفتاح التشغيل إلى OFF ، ونفصل الأقطاب عن الجهاز .. نوصّل سلك المحول بالفيشة الموجودة في مؤخرة الجهاز ، ونوصل البريزة الخاصة به بمصدر للكهرباء في الغرفة فيضئ نور أحمر عند بداية الشحن واستمراره . ويظل الضوء مشتعلاً حتى تبلغ شحنة البطارية ٩٠ ٪ ثم يأخذ الضوء في الاشتعال والإطفاء ويستمر كذلك حتى نفصل للشاحن . إلا أنه عند اقتراب الشحن من ١٠٠ ٪ يستمر الضوء مشتعلاً لفترة أطول أو في معظم الوقت ، ويستغرق شحن البطارية حوالي ١٠ ساعات. ويجوز ترك الشاحن موصلاً بالجهاز دون حدوث أي تلف بسبب شحن زائد ، وإذا انخفضت شحنة البطارية إلى ٦٠ على العداد قد لا يضيء نور الشاحن الأحمر . وفي هذه الحالة نوصله كالمعتاد ونترك للشحن يعضى ببطء إلى أن يضيء النور الأحمر ، ثم نفصل سلك الشاحن ثم نعيد توصيله فيضئ النور الأحمر ، ويستمر كذلك إلى أن ينطفئ لمدة ١٠ ساعات .

- \* انظر إلى العداد بعد تحريك للمفتاح إلى EEG ، فإذا انحرف المؤشر إلى ١٠٠ ميكروفولت ثم انحرف مرة أخرى وأخذ في التذبذب بسرعة ، فإن ذلك يعنى وجود خطأ في توصيل الأقطاب أو وجود تلف في أسلاكها .

#### ٥- إرجاع موجات المخ :

- \* حرك مفتاح كف التشويش إلى ١٥٠ ميكروفولت ، وحرك مفاتيح الصوت إلى أسفل ، أي إلى حدما الأدنى في قنوات كل المزجات .
- \* حرك مفتاح الموجة التي اخترتها إلى أقل درجة ، سيصدر في هذه الحالة إرجاع صرئى من للجهاز يمثل صوت الموجة التي اخترتها . عدل مفتاح الصوت بحيث يصل إلى درجة مريحة على أذن المتدرب ، اضبط مفاتيح الصوت الأخرى بالطريقة نفسها قبل الانتقال إلى ضبط العتبة الخاصة بكل موجة .

\* في حالة إرجاع موجات بيتا ، اطلب من المتدرب الجلوس وعينه مفتوحتان ، وأن يفكر في أي موضوع يختاره ، أو أن يقوم بمحاولات طرح أعداد متوالية كطرح ٧ من ٧٩ مع الاستمرار . حرك مفتاح ضبط عتبة بيتا إلى أعلى حتى ينقطع الصوت ، ثم حركه إلى أسفل ببطء إلى أن يصدر الصوت الإرجاعي في ٤٠ ٪ من الوقت . إن تحديد العتبة المبدئية لكل موجة ليس إلا البداية ؛ لأننا نقوم بتغييره مع الاستمرار في التدريب . ويستحسن في البداية الانتباه إلى مشاعر المتدرب الذاتية وكمية الإرجاع الخاصة بكل موجة . نحرك المفاتيح لمسافات صغيرة ، لا تتعدى كل منها ٣ ميكروفولت إلى أن يشعر المتدرب بالارتياح ، سواء من ناحية الصوت أو من ناحية شعوره الداخلي ؛ إذ إن المطلوب أن يدعم الإرجاع الإحساس الداخلي السريع وألا يخل به أو يطغى عليه في الوقت نفسه ، وهذا ما نسميه التوصل إلى «العتبة للمريحة» ، والذي يؤدي على المعالج تسجيله لاستخدامه في الجلسات التالية .

إن الهدف من إرجاع موجات المخ تدريب الشخص على التوصل إلى حالة هدوء داخلي، التي تعتمد على الإشارات الصادرة من ذاته بدلا من الاعتماد على الأجهزة ، وهي قدرة لن يكتسبها الشخص إلا من خلال التمرين .

\* ونطلب من المتدرب لتحقيق إرجاع ألفا أن يغمض عينيه ويسترخي وألا يفكر في شيء معين ، بل إننا نطلب منه أن يخلي ذهنه من الأفكار تماما إن استطاع . وعند صدور الصوت من الجهاز ، نحرك مفتاح التحكم في العتبة إلى أعلى إلى أن يختفي الصوت ، ثم نكرر ما قلناه من قبل بالنسبة للموجة بيتا مع استمرار المتدرب في إغماض عينيه أثناء هذه العملية . وهذا الضبط المبدئي يحتاج إلى تعديل مع زيادة تمكن المتدرب .

\* وعند القيام بإرجاع ثيتا نحدد عتبة ألفا أولا ، ثم نحرك مفتاح عتبة ثيتا إلى قيمة تعادل ٧٠ ٪ من قيمة عتبة ألفا . إن ألفا وثيتا تتشابهان من ناحية الارتفاع ، وإن وجدت فروق فردية بين الأشخاص قد تضطرنا إلى تغيير عتبة ثيتا بصورة أكبر . وما قلناه عن عتبة ثيتا ليس إلا بداية ، تحتاج فيما بعد إلى التعديل بعد تمكن المتدرب من استحداث موجات ثيتا .

\* يستخدم تحديد عتبة كف التشويش لاستبعاد الإشارات الكهربائية الواردة من خارج المخ (عضلات الرقبة ، الفكين ، وغيرها) لذلك نضبط مفتاح كف

للتشويش على قيمة تعادل ضعف أعلى قيمة ، توصلنا إليها على الموجات الثلاثة .. فإذا كانت أعلى عتبة الخاصة بألفا وكانت تساوى ٢٠ ميكرو فولت مثلا ، نقوم بضبط عتبة كف للتشويش ؛ بحيث تصل قيمتها إلى ٤٠ أو ٥٠ ميكرو فولت .

#### ٦- تحصيل بيانات ضابط الوقت :

أ - يقوم للمعالج بعد ضبط الجهاز بالشروع فى تشغيل الجزء الخاص بجمع البيانات؛ فيضغط على زر START بعد ضبط مفتاح اختيار SELECT على ET ، فتظهر فى النافذة قيمة الزمن المتصرم بالثواني منذ بداية تشغيل ضابط الوقت . ولتحديد الزمن المتراكم بالنسبة لموجة معينة ، نضبط مفتاح الاختيار على القناة المطلوبة على حرف B إذا كانت موجات بيتا هى المطلوبة ، أو A بالنسبة لموجات ألفا ، أو T بالنسبة لموجات ثيتا . ويمكننا إيقاف أو تشغيل ضابط الوقت أثناء الجلسة حسب الحاجة بالضبط على زر STOP حتى إعادة التشغيل . ولكن يظل الجهاز محتفظا بالبيانات التى سبق تسجيلها . وفى حالة تجاوز الموجات الصادرة من خارج المنخ عتبة التشويش، يتوقف جمع البيانات الخاصة بالزمن إلى أن يضعف التشويش مرة أخرى .

ب- وعندما يريد للمعالج إنهاء الجلسة ، يضغط على مفتاح STOP ثم يقوم بقياس نسبة الزمن المئوية ، التى تم أثناءها الإرجاع لكل موجة ، باختيارها عن طريق مفتاح الاختيارات . ويضغط بعد ذلك على زر نسبة الزمن المئوية ويسجل القيمة وعليه قبل كل جلسة تصفير الجهاز بواسطة الزر الخاص بذلك .

#### ج- اختبار تحصيل البيانات وضابط الوقت:

\* شغل للجهاز .

\* اضغط على زر التصفير .

\* حرك مفتاح الاختيار إلى ET .. اضغط على زر للنسبة المئوية TIME% . يظهر فى النافذة ١٥٣ ، ٥ % ويمثل هذا العدد النسبة المئوية للقيمة المخزنة عند تشغيل للجهاز .

\* حرك مفتاح عتبة كف للتشويش إلى ١٥٠ ميكرو فولت .

- \* حرك مفاتيح عتبة الموجات الثلاثة إلى أننى قيمة .
- \* اضغط على START فيبدأ ضابط الوقت فى العمل .
- \* اترك ضابط الوقت يعمل لفوان قليلة ثم اضغط على STOP .
- \* يظهر فى النافذة ١٠٠٪ التى تمثل نسبة الزمن المتصرم المئوية ، وإذا كانت قيمة الزمن المتراكم لكل من الموجات الثلاثة تساوى هذه القيمة نفسها ، وتعتبر قيمة الزمن المتصرم لكل قناة ١٠٠٪ .
- \* وإذا لم يبدأ ضابط الوقت فى العمل عند تشغيله ، نقوم بتوصيل الأقطاب ببعضها .

### إرشادات عامة

- أ - مواصفات الغرفة : لابد من اختيار مكان مناسب للتدريب يتصف بالهدوء ، وبإضاءة يستطيع المعالج التحكم فيها ، ويعبده عن محطات توليد الكهرباء والمولدات ، ويجب أن يتوافر مكان فى الغرفة لطاولة وكرسى مريح وقراش يستطيع للمتدرب الاضطجاع عليه .
- ب- التجهيزات : تحتاج بالإضافة للأجهزة والأقطاب والمعجون الموصل إلى علية فوط ورقية لمسح المعجون من على رأس المتدرب ، وورق أبيض وقلم لتدوين الملاحظات .

ج- وضع المتدرب : يفضل أن يكون جالساً ومفرد الظهر والرقبة ، لأن هذا الوضع يقلل من احتمال اهتزاز عضلات الرقبة والتشنج . لذلك يفضل وضع وسادة صغيرة خلف رقبته شريطة ألا تضغط على القطب للماغى؛ لما يسببه ذلك من تشنج . وقد يرقد المتدرب على ظهره ، ولكن علينا أن نحترز من تعرض الأقطاب للضغط ، ولا نوصى بصورة عامة بالاستلقاء على الظهر لأنه يشجع على النوم الذى نحرس على تجنبه .

- د - عوامل فيسيولوجية : تتأثر موجات المخ بعوامل عديدة من ضمنها التدخين ، والأدوية ، ووقت التدريب ؛ أى الوقت من النهار الذى يتم فيه ، والإرهاق والراحة . وتؤثر كل تلك العوامل على قدرة المتدرب على التحكم فى موجات المخ .. لذلك يجب تسجيل هذه البيانات فى النموذج الخاص بكل متدرب ، وإخضاع الجلسات لظروف ثابتة ومقننة حتى نضمن اتساق التدريب .

## آليات التدريب

يعتمد تنظيم جلسة إرجاع موجات المخ على دواعى الاستخدام . فتختلف الجلسات الخاصة بالمدمنين عن الجلسات الخاصة بتعلم التحكم فى الحركة الزائدة أو التدريب على الإبداع .

وفيما يلى تصور عام فيما يتعلق بإرجاع موجات المخ :

١- صنع الأقطاب على رأس المتدرب فى الأماكن المتفق عليها ، وقم بإجراء اختبارات التشغيل التى سبق ذكرها .

٢- حدد الموجة أو الموجات التى تريد تدريبه عليها، ثم قم بتشغيل الجهاز للحصول على معلومات أساسية عن الموجة المطلوبة، وعينا للمتدرب مفضتان مع قراءة جهد الموجة على العداد . والبيانات الأساسية هى جهد الموجة قبل جلسة التدريب، وتستغرق هذه العملية حوالى ٣ دقائق .. دون هذه القراءة لتقارنها بقراءة مماثلة ستقوم بقراءتها بعد انتهاء الجلسة .

٣- اشرح للمتدرب خطوات الجلسة .

٤- اطلب من المتدرب إغماض عينيه وحاول زيادة نشاط موجات المخ على القناة التى اخترتها .

٥- اطلب من المتدرب أن يحاول كف للنشاط الكهربائى على القناة المعنية .

٦- قد تكرر هذه المحاولات لمدة تتراوح بين ٢٠ إلى ٣٠ دقيقة للتدريب على التحكم فى الموجات ، أو يقوم المتدرب بتكثيف وكف للنشاط الكهربائى بالتبادل على أن تستغرق كل محاولة من دقيقة إلى دقيقتين .

٧- وبمقارنة البيانات الأساسية قبل وبعد الجلسة ، نستطيع معرفة مدى تحكم المتدرب فى جهد الموجات . ويقوم الحاسب الإلكترونى المتصل بالجهاز برسم منحنيات للموجات توفر على المعالج تدوين جزء من هذه البيانات ، وتشكل نسبة الزمن المئوية الذى تم أثناءه الإرجاع مؤشرا آخر على نجاح الجلسة .

إن ضبط القيم المتبعية الخاصة بكل موجة ليس إلا البداية ؛ إذ يحتاج ازدياد قدرة المتدرب على التحكم مع توالى التدريب إلى زيادة هذه القيم مع ملاحظة ألا يستغرق صوت الإرجاع أكثر من ٥٠٪ من الوقت . ونحاول أيضا الربط بين القيم المتبعية وما يشعر به المتدرب من هدوء واسترخاء ؛ إذ إن التركيز على هذا الجانب الأخير الذى يربط بين صوت الجهاز وحالة المتدرب الذهنية يساعد على استحداث واسترجاع تلك الحالة فيما بعد ودون الاستعانة بالجهاز .

### تعديل أنماط رسام المخ الكهربائى

تدرب الأشخاص على الفنيات التالية ، لمساعدتهم على إدراك طرق تكثيف نشاط المخ الكهربائى . وقد لا تجدى هذه الفنيات مع كل شخص ، ولكنها وسيلة تساعد المتدرب على اكتشاف طريقته الخاصة للتحكم فى موجات المخ .

١- نشاط المخ الكهربائى المزمّلن : توجه للمتدرب التعليمات التالية ، أغمض عينيك وحاول أن تسترخى على قدر المستطاع ... استرخ بالتدريج بادئا بقدميك ... دع ذهنك يسترخى وتجنب التفكير فى شىء معين ... استمر فى إغماض عينيك وركز على أى إحساس داخلى كصوت تنفسك أو إحساس دافئ مريح فى يديك ... حاول تجنب الانبعاث لأى مؤثرات خارجية .

٢- كف نشاط المخ الكهربائى وافتح عينيك وتخيل أن شيئا يتحرك أمامك ، ثم أغمض عينيك واستمر فى تخيل الشئ .

٣- الاسترخاء : ويشمل تمارين الاسترخاء المختلفة .

التدريب على موجات إرجاع المخ فى الحياة اليومية : يحتاج التدريب على إرجاع موجات المخ مثل أى مهارة أخرى كالسباحة أو ركوب الدراجة يحتاج إلى التمرين المنتظم . خصص موعدا معيناً للتدريب يومياً والتزم به ، وتذكر أن هذا التدريب يحتاج إلى وقت كإى مهارة أخرى .. ستتمكن بعد تدريبك لبعض الوقت من استحداث نمط موجات المخ المطلوب بدون الاستعانة بالجهاز .. إن الهدف الذى يجب أن تسعى إليه هو استحداث ذلك للنمط وفقاً تريد فى أى مكان .

رابعا : العلاج عن طريق الوخز بالإبر الصينية \*:

ما الإبر الصينية :

هى علاج تم تطويره بواسطة الصينيين القدماء ، وهذه الإبر تعمل على إثارة نقاط معينة على السطح الخارجى للجسد ، يعد إدخال تلك الإبر وتطبيق بعض تمارين (التدليك) باستعمال الأصابع ، وتوضع الإبر فى أماكن محددة فى الأذن .

كيف تستخدم الإبر الصينية :

لقد اكتشفت الفلسفة الصينية أن ثمة أماكن محددة أو نقاطاً معينة على سطح الجسم لها علاقة بوظائف الجسد الداخلية ، وحسب تقاليدهم الطبية فإن هناك شبكة للطاقة تجرى فى الجسم ، وتصل تلك النقاط بقنوات متعددة ومختلفة ولها علاقة

(\*) حصل الباحث على دة تدريبيه فى علاج الممتين بالإبر الصينية . أثناء عمله كخصائى نفسى فى إحدى مستشفيات علاج الإيمان .



بوظائف داخلية محددة . وتشكل كافة هذه القنوات شبكة لها طاقة دورانية تدعى (كبروآ) تتحرك كذيار كهريائى ، كما أن دوران الطاقة له القوة المناسبة والاتزان وغير مغلفة ، ويستمر الجسم فى أداء وظائفه بشكل طبيعى ، وأن المرض أو الاضطراب يخلق حالة من عدم توازن هذا النظام ؛ ولذلك تضعف الإشارات أو تكون قوية جدا أو متعارضة أى غير متناسقة أو أن الإشارات (أو الطاقة) لا تتحرك فى مجراها الطبيعى ؛ لذلك فإن الإبر للصينية هى الطريقة التى يتم من خلالها عمل تعديلات متوازنة فى هذا النوع من النظام الدورانى الكهري . وفى حياتنا اليومية نحاول إيجاد توازن بين أنفسنا الهادئة للسكنة (بن) وبين نفسنا النشطة الصاخبة (يان) .

### الآلام التى تعالجها الإبر الصينية :

تصلح الإبر الصينية فى علاج الأوجاع التالية :

- آلام الظهر .

- التهاب المفاصل .

- آلام الرأس النصفى .

- تفيد فى حالات علاج الأعراض الانسحابية من المخدرات : كالهروين المورفين ، الكحوليات ، الكوكايين ، الامفيتامين ، الديازيبام ، الأفيون .

### من أى شىء تصنع الإبر الصينية :

تستعمل إبر ناعمة جدا ، ومرنة ، ومصنوعة من الفولاذ الذى لا يصدأ ، أو تصنع من الفضة ، وليس هناك شىء خاص بالإبرة ؛ لأنها أداة تستعمل لموازنة طاقة الجسم ويمكن أن تسبب ألما قليلا جدا عند إدخالها بالجسد إلا أنه مع الاسترخاء تبدأ الإبر الصينية تؤدى عملها ، عن طريق إحداث توازن فى الطاقة للموزعة على مناطق الجسم المختلفة ، وبالتالي (تنشط) التوازن فى الطاقة فى هذا الجزء من الجسم (الذى تم فيه غرس الإبرة) وبالتالي تحسن الوظيفة .

### هل الإبر الصينية علاج مضمون ؟

الشىء الذى لا يمكن إنكاره أن الصينيين قد استعملوها منذ خمسة آلاف عام ، ولا تزال تستعمل - حتى الآن - كعلاج يقبل عليها (ربيع) سكان العالم - أى الصينيين ، مقارنة بما يريو عن الخمسين عاما فى الطب الغربى ... كما أنه لآمانع من استخدام وسائل متعددة وصولا إلى علاج لما نعانى منه .

### كيفية استخدام الإبر الصينية :

- أ - تلتطف الأذن جيدا قبل استعمال الإبر .
  - ب- لا مانع من أن يتم التنظيف بواسطة مسحات كحولية للقضاء على البكتريا .
  - ج- بعد ذلك يتم إدخال الإبر فى كلتا الأذنين بشرط أن تتسطح (أى لا توضع الإبر بشكل عمودى مع الأذن) .
  - د - صنع يديك بجانب جسدك .
  - هـ - حاول أثناء ذلك أن تسترخى (عضليا وتنفسيا) .
  - و - تنفس بعمق وهذو .
  - ز - استمر فى هذا الوضع لمدة (٣٠) دقيقة حتى تحصل على أفضل النتائج .
  - ح - حاول أن تركز فى حالة الهدوء التى تشعر بها الآن .
  - ط - يجب - على الأقل - أن تستمر فى العلاج بالإبر الصينية لمدة (١٥) جلسة أو أكثر إن احتاج الأمر لذلك .
  - ى - تعطى جلسات للعلاج بالإبر لمدة (٣) أيام أسبوعيا .
  - ك - يقوم الممرض بعد نصف ساعة بإخراج الإبر وإتلافها عند الانتهاء من المعالجة ، ويعطى هذا أن الإبر لا يمكن أن تستخدم لأكثر من مرة .
- ما النتائج التى تترتب على العلاج بالإبر الصينية ؟
- فى الواقع لا توجد دراسة ميدانية حتى الآن قد درست النتائج التى يستشعرها الشخص عقب الانتهاء من جلسة العلاج بالإبر الصينية ، وإن كانت الخبرة من خلال استخدام هذا النوع من العلاج من كثير من المرضى قد أوضحت الآتى :
- ١ - أن هذا النوع من العلاج لا يصلح مع كافة للحالات ؛ خاصة تلك الحالات التى تعاني من درجة كبيرة من اضطرابات الفلق أو الاكتئاب .

- ٢- أن عنصر الإيحاء يلعب دوراً كبيراً فى تحسن أو عدم تحسن الفرد .
  - ٣- أن هذا النوع من العلاج يتطلب من المريض / المدمن أن يكون مدركاً من قبل - على الاسترخاء بشقيه المعنئى والتنفسى .
  - ٤- أن هذا النوع من العلاج يحتاج إلى (مخابرة) وقدرة من الشخص على عدم الحراك لمدة نصف ساعة على الأقل ، إضافة إلى قدرته على السيطرة على انفعالاته وأفكاره .
  - ٥- أن هناك فروقاً فردية فى درجة تقبل أو عدم تقبل الفرد لهذا النوع من العلاج .
- .. وهكذا نرى أن المجال العلاجى للمدمنين يتسع ليضم فى جنباته كافة الاجتهادات التى تساهم - كلها أو بعضها - فى تخفيف الآلام ، وتعديل سلوكيات الفرد إلى الأفضل .

#### خامساً : العلاج بالعمل فى مرحلة إعادة التأهيل

##### تكوين الفريق العلاجى :

يتكون الفريق العلاجى لإعادة التأهيل من :

- ١- طبيب أخصائى فى إعادة التأهيل .
- ٢- طبيب أخصائى نفسى .
- ٣- أخصائى اجتماعى .
- ٤- ممرض .
- ٥- أخصائى نفسى .
- ٦- فنى علاج بالعمل .
- ٧- فنى علاج أنشطة .

##### مقومات العلاج :

- ١- روح الجماعة .
- ٢- التدخل السريع والمستمر والمنظم .
- ٣- الاهتمام بالمريض والعائلة .

### علاج بعض المشاكل الروماتيزمية فى مرض الإدمان

طرق علاج الألم :

١- علاج بالعقاقير .

٢- الراحة .

٣- للجائز .

٤- التسخين أو التبريد .

٥- الاسترخاء .

٦- التمرينات الرياضية .

٧- التدليك الكهربى عن طريق الجلد .

٨- البيوفيدباك (الاسترجاع الحيوى) .

علاج الروماتيزم غير المفصلى:

١- تعليم المريض وإخباره عن حقيقة المرض ودور المريض فى العلاج .

٢- تجنب عوامل التوتر .

٣- الاسترخاء .

٤- التمرينات الرياضية الخفيفة .

٥- المساعدة على النوم (الأدوية المضادة للاكتئاب) .

٦- تحسين الصحة العامة واللياقة البدنية .

علاج هشاشة العظام :

١- تعليم المريض .

٢- تجنب عوامل الخطر ، مثل : المشى - الجرى - الرقص الشعبى أو الإيقاعى .

٣- تمارينات رياضية ، مثل : للمشى - للجرى - الرقص الشعبى أو الإيقاع .

٤- الغذاء المتكامل السليم (الكالسيوم) .

٥- العقاقير مثل «فينامين د» ، «كالميتونين» ، فلوريد .

تجنب عوامل فقد الطاقة :

- ١- الألم .
  - ٢- الأنيميا ( فقر الدم ) .
  - ٣- الاكتئاب .
  - ٤- قلة النوم أو كثرة النوم .
  - ٥- ضعف العضلات .
  - ٦- العقاقير .
  - ٧- أسباب أخرى .
- التمرينات الرياضية :
- إرشادات عامة :

- ١- التشجيع على ممارسة حياة حافلة بالنشاط .
  - ٢- التشجيع على ممارسة الرياضة مثل الجرى والمشى والسباحة والرياضة تحت الماء .
  - ٣- تجنب العوامل المؤثرة على تشوهات المفاصل أو للعمود الفقرى .
- إعادة التأهيل بالنسبة للمناحية النفسية والمهنية وتعليم المرضى المدمنين :
- عملية التقييم :

كما سبق أن علمنا أن التقييم لا بد أن يقوم به كافة أفراد الفريق العلاجى ؛ حيث إن كل فرد من الفريق للعلاجى يمتلك خبراته الخاصة ، ولا بد من تسجيل كافة المعلومات ليشارك فيها كافة أفراد الفريق عن التقييم يراعى المريض وعائلته ؛ حيث إن العلاقات المتبادلة داخل الأسرة تكون ركناً مهماً فى عملية المواجهة مع الإدمان، مع تقييم كافة النواحي للحياة اليومية وتشمل المسئوليات الوظيفية والشخصية والاجتماعية والمنزلية .

التقييم النفسى :

يشمل الصعوبات النفسية وكيفية المواجهة وسياستها وكذلك إدراك الذات وأيضاً التوقعات ، باستخدام كافة وسائل التقييم الإكلينيكية والأجهزة القياسية .

### تقييم صورة الذات :

إن العوامل المؤثرة على صورة للذات تشمل :

أ - الخوف من فقدان الاستقلالية حيث يصبح للمدمن عالة على أسرته والمجتمع .

ب- الشعور بالاختلاف عن الآخرين .

ج- فقدان الإدراك بأنه شخص سليم .

د - فقدان إمكانية تحديد الأهداف في المستقبل .

### العجز المكتسب :

هى كلمة تعبر عن النظرية المقترحة كمثل لفهم العوامل النفسية للمدمن تجاه

مرضه .

.... نقول النظرية (إن المدمن عند تعلمه أو اعتقاده بأنه لا يوجد أى عمل

يستطيع إخراجهم من مشكلته ، تتولد عنه نواحي نقص أو عيوب فى المشاعر والدافع والإدراك والسلوك نتيجة هذا العجز المكتسب) .

ينتج عن هذا العجز المكتسب كما قلنا العيوب ، مثل :

أ - عيوب فى المشاعر والعواطف ، مثل : الخوف والتوتر والاكتئاب ، اضطراب فى النوم فقدان الثقة بالنفس .

ب- عيوب فى الدوافع ، مثل : الاعتماد عن الاشتراك فى أنشطة الحياة اليومية المختلفة .

ج- عيوب فى الإدراك ، مثل : فقدان المحاولة لتكوين سلوك جديد للمجابهة ومواجهة الإدمان .

### الإرشاد النفسى الاجتماعى

القيام بالتوجيه والتعليم لمعرفة إمكانية إضافة وزيادة النواحي التطعيمية لتغيير مهنة المريض إذا لزم الأمر .

وقبل استخدام الوسائل والاختبارات القياسية ، لابد من المقابلة الشخصية عند التقييم بواسطة مرشد متدرب متخصص فى مجال الإدمان .

### العلاج بالحرارة :

١- التسخين : أكثر الطرق شيوعا هى أخذ حمام دافىء بالمنزل . الطرق الأخرى

تشتمل الكمادات الساخنة والشمع ، ويساعد التسخين على تسكين الألم وارتخاء العضلات .

٢- التبريد : مثلاً باستخدام الرش بعقار فلوريميثان أو كمادات الثلج ، يساعد التبريد على تسكين الألم وارتخاء العضلات .

#### التقييم المهنى أو الوظيفى

يشمل عديداً من الاختبارات ، ويبدأ بتسجيل التاريخ الوظيفى الذى يشمل :

أ - حضور وغياب المريض فى عمله .

ب- مدى ومستوى المهارة .

ج- وجود مهارات خاصة .

د - أهداف الوظيفة ومدى تحقيقها .

ويمتد للتقييم ليشمل :

١- القدرات الوظيفية .

٢- جو العمل .

٣- الاستعدادات المهنية .

٤- التحمل الجسمانى .

٥- الإنجازات التعليمية .

٦- بنود أخرى .

الإرشاد النفسى :

الأهداف :

١- المحافظة على احترام الذات والثقة بالنفس .

٢- تجنب عوامل التوتر النفسى .

٣- تشجيع أسلوب ومياسة المواجهة .

٤- التدريب على تحمل المسؤولية تجاه الاهتمام بالصحة العامة .

### العلاج النفسى الاجتماعى

١- الإرشاد الفردى : أكثر الطرق شيوعا لتحديد المشاكل وإيجاد الحلول وتكوين قدرات لدى المدمن لحل مشاكله واتخاذ القرار بنفسه ، وتحسين وتطوير الصحة العقلية والجسدية للمدمن .

لابد للمرشد من تهيئة جو من الثقة والأمان لدى المريض ؛ حتى يتمكن من إظهار مشاكله .

٢- الإرشاد الجماعى : هناك مميزات فريدة لوضع المدمن داخل أسرته .. فى أن هذا الإرشاد يساعد على تحديد دور ووظيفة كل فرد من الأسرة ، كما يساعد على تحديد مكان المريض داخل المجموعة .

٣- الإرشاد الجماعى : مفيد جدا خصوصا فى حالة الأشخاص الذين لديهم مشكلة مشتركة . يقوم المرشد وهو شخص متدرب ومثقف فى الإدمان بدور المرجع والنشط أو المستمع لهذه المجموعة .

ولابد من خلق جو لطيف مريح عند عقد الجلسات لإمكانة إظهار التفاعلات بين الحاضرين .

### الإرشاد المهنى

#### الأهداف :

١- تقييم المهارات .

٢- التخطيط للوظيفة .

٣- اكتشاف مجالات العمالة .

٤- تعرف المهارات المطلوبة للوظيفة .

ويساعد الإرشاد المهنى المدمن على اكتساب مهارات تمكنه من الدخول فى سوق العمالة .. يقوم المرشد المهنى باستخدام وسائل وأجهزة عديدة لأفكار اختبار الوظائف والفرص الوظيفية المناسبة للمدمن ، ولابد من الربط بين اختبار المريض ونوع المهنة وقدراته الجسدية والتعليمية .

ومن الممكن إجراء أعمال تدريبية داخل أماكن مخصصة للتأهيل المهنى . وينجح المريض بتفوق فى هذا العمل التجريبي ، يصبح جاهزا للدخول فى سوق العمالة .



كما يجب التأكد من أن اختيار عمل التأهيل للمدمنين وأحياناً تغير المهنة يعتبر من الأمور الحيوية والضرورية .

### العملية التعليمية

إن العاملين فى مجال علاج الإدمان يعلمون جيداً أهمية تعليم وتثقيف المريض وتوعيته كخطوة أساسية فى علاج الإدمان .

#### أهداف تثقيف وتعليم المريض

- ١- ليتعلم تصريف أموره على أساس من المعرفة .
  - ٢- يتعرف مدى احتياجه للمساعدة .
  - ٣- يستخدم أفراد الفريق العلاجى بالطريقة السليمة .
  - ٤- ليستفيد من المراجع الموجودة فى المجتمع بالطريقة السليمة .
  - ٥- ليعيش حياته بطريقة طبيعية .
- ويجب أن نعلم أنه بتوعية المدمن وتعليمه، يصبح متشوقاً للمعرفة ومطلب للمساعدة .

#### أركان عملية تعليم المريض :

- ١- تعرف استعداد المريض للتعلم .
- ٢- تقييم المعرفة والمعتقدات والأهداف لدى المريض .
- ٣- تعرف التعليم كعملية مستمرة .
- ٤- تقوية التعليم من خلال التكرار .
- ٥- لابد من إعادة التقييم أثناء العملية التعليمية ، يجب العلم بأنه لابد من مشاركة كافة أفراد الفريق العلاجى فى عملية التعليم ، التى يجب أن تشمل المريض وأسرته والأشخاص المعنيين .

#### التعليم يكون إما :

- ١- مفرداً .
- ٢- أو مجموعة صغيرة .
- ٣- أو مجموعة كبيرة .

٤- أُر على هيئة شعار (لخدم نفسك) .

ويمكن كما هو متبع فى الولايات المتحدة الأمريكية استخدام الرقص الشعبى فى عملية التعليم ؛ حيث يمكن الجمع بين التعليم والرياضة والترفيه .

٥- إحدى الطرق الشائعة فى التعليم هى الندوات والمؤتمرات ، والتي يشارك فيها كافة أفراد الفريق العلاجى ، كما سبق أن ذكرنا أن العملية التعليمية لها أركان، أهمها :

أ- التقييم :

تشتمل تقييم المعلومات والمعتقدات والأهداف ، وتبدأ بتصحيح المعتقدات والأفكار الخاطئة لدى المريض . ومن الأخطاء الشائعة الاعتقاد بأن المريض بالإدمان لفترة طويلة يكون على دراية بمرضه ودراية بالعلاج المناسب لحالته .

ب- تحديد استعداد المريض للتعلم والمعرفة

مع الانتباه بعدم وضع العملية التعليمية بمكان متأخر فى برنامج العلاج .. كما استغلال ما يسمى (بالمعطات المناسبة للتعليم) التى يكون فيها المريض متعطشا للتعليم .

ج- تحديد الأهداف بين المعالج والمريض :

مع ملاحظة أن بعض المرضى يكونوا شغوفين بالتعليم عن الإدمان وعلاجه بالتفصيل ، والبعض الآخر عن تفصيل المعلومات والإرشادات البسيطة .. إلا أنه يلاحظ أن أهداف المريض قابلة للتغيير فى أى وقت أثناء فترة العلاج .

د - العملية التعليمية عملية مستمرة :

من المهم الاستمرار فى العملية التعليمية ، مع إعادة التقييم بين الحين والآخر؛ حيث يمكن إضافة معلومات جديدة مع العلم بأن التكرار يقوى ويزيد من التعلم .

هـ- اختيار الطريقة المناسبة للتعليم ، مثل :

١- الكتب .

٢- المذكرات .

٣- المحاضرات .

٤- الأفلام .

٥- الراديو .

٦- المسجلات .

٧- الفيديو .

٨- المقابلات الشخصية .

و- التكرار :

إن التكرار مع إعادة النظرية من دعائم العملية التعليمية بصفة عامة ؛ خصوصا في علاج الإدمان .

ز- إعادة التقييم

إن ملاحظة سلوك المريض هي إحدى طرق إعادة التقييم لمدة استفادته من التعليم ، وكذلك إحدى الطرق لمعرفة احتياج المريض إلى طرق بديلة للعملية التعليمية .

ويلاحظ أنه كلما ازداد المريض في الثقافة ، زاد استعادته بالثقة بالنفس والاهتمام بحالته ، كما أنه يبدأ في طرح أسئلة صعبة على الفريق العلاجي ، وأحيانا يطلب مشاركة أطراف أخرى في العلاج .

سادساً : جماعات المساعدة الذاتية: Self - Help Groups

يوجد عديد من هذه الجماعات ، ولعل من أشهر هذه للجماعات التي كانت موجودة في المستشفى : جماعات المدمنون المجهولون- Alcoholic Anony- mous (A. A) ، المتعافون مجهولو الأسم Recovery Anonymous (R. A) ، وجماعات الأنون Alanon or Al- non Groups ، وقد سميت هذه الجماعات بأنها (مجهولة) لعدة أسباب ، أهمها : الحفاظ على السرية وحفاظا على أسرار الآخرين (أي الأشخاص الذين ينضمون أو فكروا في الانضمام إليها) . ولعل خطوات برنامج الاثنتي عشرة خطوة The Twelve steps ، والتي سبق لنا للحديث عنها .

وهناك مجموعة من الشروط في الانضمام إلى هذه الجماعات :

١- قضاء فترة كافية في العلاج الداخلي في إحدى المستشفيات المتخصصة في العلاج للخاص بالمدمنين .

٢- لا يتم الالتحاق بهذه الجماعات إلا بعد الخروج من هذه المؤسسات العلاجية .

٣- أن تكون لديه الدافعية لمواصلة برامج هذه الجماعات ، ولعل أهم - من خلال خبرة الباحث - ما كانت تقوم به هذه للجماعات هو أنها كانت تعقد اجتماعاتها إما في داخل الأجسام (بعد المرور بخبرة الأعراض الانسحابية) ، أو في العيادات الخارجية أو في أي أماكن أخرى يتم الاتفاق عليها ، والشرط الأساسي للانضمام إلى هذه الجماعات أن يظل الشخص في حالة تعاظمي (لأن السقطة أو الانكسار) تدفع أفراد هذه للجماعات إلى ضرورة إلزام للشخص (الذي انكسر) بضرورة أن (يدخل) المستشفى من جديد .

وهكذا يفتح المجال - على مصراعيه - لأي جهود أو إسهامات لمحاولة أن يظل الشخص محتفظاً بحالة التعافي .

#### الدراسات العربية في مجال علاج الإدمان :

سنعرض لعدد من الدراسات ، التي حاولت تقديم نماذج من علاج للإدمان .  
يعرض أحمد عكاشة نتائج دراسة ، تكونت من ثلاث مجموعات من مدمني الهيروين :

المجموعة (أ) عولجت بالعلاج السلوكي الخالص .

المجموعة (ب) عولجت علاجاً طبيياً خالصاً باستخدام النالتريكون .

المجموعة (ج) عولجت بالمزج بين العلاج الطبي والعلاج السلوكي .

والهدف الرئيسي للبحث الإجابة عن هذا التساؤل : أي هذه الأشكال يحقق أفضل نتيجة ؟

وكانت مدة العلاج في هذا الإطار (٢٩) أسبوعاً ؛ أي ما يزيد قليلاً عن ستة شهور .

#### النتائج :

- أشارت نتائج الدراسة إلى تفوق كل من المجموعتين ، اللتين كان الأفراد فيهما يتناولون النالتريكون .. فقد تفوق هؤلاء على الأفراد المشتركين في مجموعة العلاج السلوكي فقط .

- لم يوجد فرق في النتائج النهائية (من حيث درجة الشفاء) بين مجموعة النالتريكون ، وهو ما يعنى أنه إذا أعطى (النالتريكون) فإن توقعات التوقف عن تعاظمي الهيروين تكون مرتفعة .

- إن العلاج السلوكى كانت له فائدة محققة فى المراحل المبكرة من العلاج ، بما يتيح للأفراد من درجة الاسترخاء (المصحوب بالشعور بالطمأنينة) ، بالإضافة إلى دعم الشخصية (نتيجة لما تكتسبه من مهارات اجتماعية جديدة) فى مواجهة دوافع اللهفة وفى مواجهة ضغوط البيئة الاجتماعية .

- أيضاً تمت المتابعة لمعظم أفراد التجربة على مدد تتراوح بين (٩) شهور و(١٢) شهرا ، وكشفت عن :

\* أن نسبة الشفاء التى تحققت فى كل من المجموعتين اللتين تناول أفرادهما عقار (النالكرون) بلغت حوالى ٥٠ % .

\* لم تتعد ٢٨ % (نسبة الشفاء) فى حالة المجموعة التى تلقى أفرادها العلاج السلوكى فقط ، دون أن يفكرن معه تناول (النالكرون)

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٤ ، ص ص ٢٤٣ - ٢٤٩)

ولعل الدراسة تؤكد حقيقة البحث عن مضادلات للأفيون ، تستهدف أساساً مقاومة إدمان الأفيون ومشتقاته داخل النسيج العصبى . وقد كان العلاج (حتى وقت قريب) يتم بإعطاء المدمن كمية قليلة من (الميثادون) وهو نفسه من مشتقات الأفيون . وقد أثبتت الأبحاث أن هذا التعامل التدرجى يحول للمدمن (الناقة) إلى مدمن لهذه المادة ، بل إن الهيرويين نفسه اكتشف كجزء من السير فى العلاج للطبى ، على أساس مفهوم البديل ؛ لعلاج مدمنى المورفين إلى أن تبين فيما بعد أنه يحدث (للقيهر للتعاطى) ... أما مع عقار النالكرون .. فنحن نتحرك طبياً على أساس علمى يختلف تماماً عن ذلك ... وهو سد الطريق لا تقديم بدائل .

وإذا كانت النتائج تشير إلى التأثير (لرائع) لعقار (النالكرون) فى الشفاء من التعاطى .. فإن القضية تظل فى (نفسية الشخص) وفى (تفكيره) وكيفية (التحكم) فى شهواته .. لأن الإجراءات الطبية التى تتخذ حيال (المدمن المزمع) تختلف ما بين إعطاء المدمن : مهدئات ... أو منومات أو فينامينات ، أو حتى تعريضه للصدمات الكهربائية لخفيض شدة الأعراض الجانبية ، ولتقليل وطأة القلق والاكتئاب المصاحبة لتوقف الشخص عن تناول العقار . ومن الاتجاهات الطبية من لا يمانع فى اللجوء إلى إعطاء المدمن (المزمع) مشتقات الكورتيزون يهدف إعادة بناء السواد البروتينية لجسم هذا المدمن ... إذ إن الإدمان قد صرفه عن الاهتمام بغذائه ، وأنه بسلوكياته المنحرفة قد ساهم فى (هدم) بنيانه الجسدى وأجهزته ... وأن هذه الأدوية يتم سحبها تدريجياً حتى لا يتعرض مريض الإدمان لتداعيات صرعية ، أو يقوم المدمن بسلوكيات عدوانية تجاه نفسه ، أو الوحدة العلاجية والقائمين عليها .

ولذا فإن (المبالغة) في تأثير (الناظرين) لا نوافق عليه .. لأن أي تدخل طبي، بغض النظر عن نوعية أو نوعيات للعقار أو العقاقير المستخدمة تكون في المرحلة الأولى، والهدف منها محدد وهو مساعدة الشخص على أن يمر بأزمة الأعراض الانسحابية بأقل قدر ممكن من الشعور بالألم (مع أن بعض الأطباء يرون ضرورة أن نكتب) تماماً هذه الخاصية، ونجعل المدمن يشعر ببعض الألم حتى (يتطهر) من هذا الشوق الذي يجلب له (الألم الدائم) واللذة الموقته .. إضافة إلى أن عدد العينة لم يتم ذكره في ثنايا عرض البحث ... وضرورة أيضاً متابعة هذه النتائج مع مجموعات إدمانية أخرى .. وما المانع أن تكون مستخدمة لعقار مخدر غير الهيروين .. ثم تتم مقارنة النتائج بعضها ببعض الآخر .

وفي دراسة قام بها محمد عبد الموجود وعلى مفتاح (١٩٩٥) بهدف تعرف : تأثير العلاج النفسي على الاضطرابات النفسية والسلوكية، وتكررت عينة الدراسة من (٥٠) مريضاً من المدمنين على الخمر والمخدرات بالملكة العربية السعودية .. حيث تم تطبيق ثلاثة مقاييس هي :

- مقياس الأعراض الاكتئابية .

- مقياس الأعراض السلوكية .

- قائمة تحليل الصفات والمشاعر .

وقد طبقت هذه المقاييس بعد اجتياز (عينة الدراسة) لفطرة الأعراض الانسحابية ثم انتقالهم إلى (أقسام التأهيل ... في مستشفى متخصص لعلاج الإدمان) وتم استخدام عديد من الأساليب العلاجية التي تنتمي إلى النوع السلوكي والمعرفي .. وكذا تدريب المريض على الاسترخاء بواسطة جهاز (البيروفيدباك) .. وبعد شهر .. أعيد تطبيق الأدوات نفسها (الثلاث السابق ذكرها) على نفس المريض .. وكانت من نتائج الدراسة وجود تحسن كبير وذو دلالة إحصائية على كل المقاييس؛ حيث انخفضت الدرجة (على المقاييس الثلاث) في المرة الثانية، مما يشير إلى فعالية الأساليب العلاجية السلوكية التي استخدمت .

(Abdel - Mawgoud, & Moftaha, 1995., pp. 31 - 39)

ولعل تعليقنا على هذه الدراسة هو إثبات مدى فاعلية العلاج السلوكي في تخفيض كثير من الأعراض والانفعالات المزعجة، والتي من الممكن أن تجعل المدمن (يعارد) الانتكاس مرة أخرى .. كما أننا لا يجب أن نعول كثيراً على هذه النتائج لأنها

قد تمت فى فترة تواجد المريض / المدمن بالمستشفى .. بل أيضا متابعته لفترة أطول؛ خاصة إبان تولد المريض خارج المستشفى وتردده على العيادات الخارجية .

كما أنه ما المانع من (تجريب) أساليب علاجية أخرى (بخلاف الأساليب السلوكية) ... وهذا ما قام به عبدالله عسكر (١٩٩٦) .. حيث قدم دراسة بعنوان : فعالية السيكوندرياما ولعب الأدوار فى علاج مريضى إدمان الهيروين من نزلاء المستشفيات ، من خلال تطبيق برنامج علاجى على مريضى مستشفى (أمل) الرياض بالملكة العربية السعودية، وتكونت عينة الدراسة من (٦٠٠) مريض .. واستمرت الدراسة لمدة (سنة أشهر) .. وتم استخدام فنيات العلاج بالسيكوندرياما .. وتبادل لعب الأدوار .. وأقام هذه العروض (المسرحية) من خلال (مسرح المستشفى) . وقد كشفت الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين جماعة المدمنين للمشاركين وغير المشاركين فى تحسين الحالة الوجدانية والاستبصار وزيادة فعاليات المهارات الاجتماعية ، إضافة إلى تزايد القدرة على التعبير الانفعالى ، وزيادة فاعلية التعبير الجماعى ، وتخفيف حدة مشاعر القلق والاكتئاب والإحساس بالخزى والذنب لدى المشاركين فى البرنامج العلاجى، باستخدام فنيات العلاج بالسيكوندرياما .

(Asker, 1996)

وتؤكد الدراسة السابقة وجهة نظرنا فى ضرورة (تنوع) الفنيات والوسائل التى تستخدم فى التعامل مع مدمنى المخدرات .. وأن المسألة لا تعنى أبداً (تحبيذ) فنيات أو مدرسة علاجية معينة (والتهليل) لها، وأنها (الطريقة النموذجية والوحيدة) فى التصدى لعلاج الإدمان .. بل إن مسألة علاج الإدمان تتسع لاستيعاب واستدماج -على الطرق العلاجية الموجودة وما يستجد منها فى المستقبل .

كما أن إمكانية تطويع بعض البرامج التى كانت مخصصة فى الأصل لعلاج فئة إدمانية ، وتطويع هذا البرنامج وإخخال التعديلات المطلوبة عليه لى يتناسب وفئة إدمانية أخرى مهم جداً فى هذا الأمر .

وقد قام مدحت أبو زيد (١٩٩٨) ، حيث اقتبس برنامج قد أعدده : المعهد القومى للكحوليات واستخدمه لعلاج الأشخاص المعتمدين على النيكوتين .. وقد كان البرنامج فى الأصل يتكون من (٨) جلسات .. ولكن التعديلات التى أدخلها الباحث جعلته يتكون من (١٤) جلسة أساسية .

وقد تكونت عينة الدراسة من أربعة أفراد، سحبوا من العينة الأساسية والبالغ عددهم (١٣٨) ذكراً راشداً مدخناً ... وقد استخدم الباحث أداة واحدة، هى مقياس قلق

التدخين (من إعداد الباحث)؛ حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع القلق والعكس بالعكس .

وفيما يتعلق بالبرنامج العلاجي يتكون البروتوكول الخاص به من :

- المسمى مهارات التأقلم Coping Skills .
- الاتجاه العلاجي : العلاج المعرفي السلوكي .
- هدف البرنامج : المساعدة في تعلم بعض مهارات للتأقلم للإقلاع عن التدخين أو خفض معدلات القلق المرتبطة به .
- طبيعة البرنامج : علاج جماعي .
- حجم المراحل العلاجية : عشر مراحل .
- طبيعة الجلسات : مغلقة .
- حجم للجلسات : (١٤) جلسة أساسية و(١٤) إضافية اختيارية أو على الجماعة الاتفاق على اختيار (٤) جلسات فقط من الجلسات الإضافية، بحيث يصبح المطلوب (١٨) جلسة .
- تكرار الجلسات : ثلاث جلسات أسبوعيا .
- مدة الجلسة : ٩٠ دقيقة .
- قيادة الجلسة : المعالج .
- الملاحظون والمعاونون : لا يوجد .
- حجم الجماعة ومليعتها : ٤ أفراد ذكور متطوعون مدخنون، ممن اتخذوا قرارا بالتوقف عن التدخين منذ بداية الجلسات الجماعية .
- مدة المتابعة : ثمانية أسابيع (مرة كل عشرة أيام) .
- وقد كان من أهم نتائج هذا البرنامج العلاجي :
- أن جميع الأفراد المشتركين قد توقفوا عن التدخين طوال فترة البرنامج العلاجي .
- أن المتابعة لمدة شهرين (بعد انتهاء البرنامج) قد أسفرت عن أن شخصا واحدا ظل متعافيا من التدخين، في حين أن الثلاث أشخاص الباقين قد انتكسوا؛ مما يشير إلى نجاح البرنامج العلاجي بنسبة (٢٥٪) .



- أن البرنامج - بصفة عامة - قد ساعد على خفض القلق .

(مدحت أبو زيد ، ١٩٩٨ ، ص ٢٩٩ - ٣٦٧)

ومما يؤكد ما سبق أن ذكرناه من أن مجال علاج الإدمان يفتح ليستوعب كافة التيارات العلاجية؛ فلجد دراسة صفاء صديق خريبه عن : مدى فعالية العلاج الجمعى بالتحليل النفسى فى علاج مشاعر الذنب والخزى لدى مرضى الإدمان (١٩٩٨) .. حيث تم استخدام العلاج الجمعى مع مجموعة من الممننين (لمواد مخدرة مختلفة) ، وتم تطبيق بعض الأدوات النفسية قبل الدخول فى البرنامج العلاجى، مثل : استبيان تقدير الشخصية ، وقائمة الأعراض .. ثم متابعة البرنامج العلاجى الجمعى .. وبعد الانتهاء من البرنامج أعيد تطبيق الأداة نفسيهما ، فوجد فروقاً دالة بين مستويات الأعراض النفسية قبل العلاج وبعده ، مما يشير إلى تحسن دال فى الحالة النفسية للمريض نتيجة مروره بخبرة العلاج للجمعى بالتحليل النفسى، كجزء من برنامج علاجى متكامل فى الأقسام الداخلية والعيادة الخارجية .. إلا أن التحسن فى الأعراض لا يعنى العلاج الكامل الذى يمنع الأسباب النفسية للانتكاسة ، والتى تتطلب مواصلة العلاج لفترات طويلة بالالتحاق بجماعات الدعم الذاتى والمراجعة لما لا يقل من عام للعيادات الخارجية .. حتى يستعيد المدمن تقديره لذاته ، ويتحسن أداؤه الاجتماعى، ويستعيد احترام الآخرين ومكانته الاجتماعية والعمل ، ويتصالح مع القانون الذى يطارد له ارتكابه الأخطاء فى حق نفسه وحقوق الآخرين نتيجة الإدمان .

أيضا أشارت النتائج إلى خفض معدلات الخزى والذنب لدى مرضى الإدمان؛ مما يشير إلى فعالية العلاج الجمعى فى تخفيف مشاعر الذنب والخزى وانخفاض معدلات الاضطرابات الانفعالية .

كما أشارت النتائج إلى ظهور تحسن تدريجى فى مستوى تقدير الذات والثبات الانفعالى والنظرة للحياة، مع خفض معدلات الاكتئاب والوساوس القهرية والحساسية فى العلاقات الشخصية المتبادلة ، وكذا خفض معدلات القلق والأعراض الجسمانية .

(صفاء صديق خريبه ، ١٩٩٨)

وبذلك يسير استخدام فنيات العلاج بالتحليل النفسى خطوة أبعد فى تحرر مريض الإدمان من مشاعر الخزى والذنب .. تلك الانفعالات المزعجة ، والتى تمثل (محاولة هدمه) فى التعافى .. حيث إن العلاج النفسى الجمعى يهدف فى التعامل مع الجماعات الإدمانية إلى تحقيق الأهداف التالية :

- قبول مريض الإدمان كأمر واقع .
- قبول قصور الذات وبناء الشخصية على ما هو عليه .
- التعامل مع الذنب بشكل يخفف من حدته الانفعالية الخيالية، وتحريره من مستودع الذنب .
- فهم المريض للأشكال المختلفة للمقاومة .
- زيادة مساحة استبصار المريض .
- زيادة مساحة التعامل (بعقلانية) من ميكانيزمات الدفاع، مثل : الانكسار وكسر حدته مما يقود إلى تفهم أكثر للذات .
- كل ما سبق يقود إلى زيادة دافعية المريض للمدمن للعلاج والدافعية مهمة جداً في قبول أو عدم قبول المريض للعلاج .
- لمزيد من التفاصيل حول دور العلاج النفسي الجمعي لجماعات المدمنين، انظر:

(محمد حسن غانم ٢٠٠٣) ، (لطفي فطيم ١٩٩٤)

(Golden & Mcavment., 1999., pp. 303 - 314)

إلا أن العلاج النفسي الجمعي له أيضاً عديد من المشاكل، التي لا بد أن يكون المعالج على وعى بها، وأن يكشف الأسباب التي تقود إلى عدم مشاركة بعض المرضى من المدمنين في الجلسات الجماعية ، وهذا ما حاوله مدحت عبد الحميد أبو زيد في دراسته عن : الفروق بين ذوى العلاج الدلخلي وللعلاج الخارجى من معتمدى الهيروين فى بعض المشكلات المتعلقة بالعلاج النفسى الجماعى (١٩٩٨)؛ حيث تكونت العينة من (١٠٢) من معتمدى الهيروين .. تم سحب العينة من مستشفى الأمل لعلاج الاعتماد العقاقيرى والاضطرابات النفسية المتعلقة به بجدة بالملكة العربية السعودية ، وجميع أفراد العينة من الذكور ، السعوديين ، المعتمدين على الهيروين لمدة ثلاث سنوات متصلة على الأقل .

وتم سحب العينة من الوجدتين (جـ) والعيادات الخارجية ؛ حيث تمثل الوحدة الأولى (جـ) المرضى المولومون بالداخل ، بينما تمثل العيادات الخارجية المرضى المتابعين للعلاج والتأهيل من خارج المستشفى، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين :

- عينة العلاج للخارجى وعددهم (٦٠) مريضاً .

-- عينة العلاج الداخلى وعددهم (٤٢) مريضاً .

وتم تطبيق أداة واحدة قام الباحث بإعدادها وهي قائمة مراجعة المشكلات المتعلقة بالعلاج النفسى الجماعى، والتي تحتوى على (٢٤) مفردة تمثل كل منها مشكلة يجاب عنها.

وقد توصلت الدراسة إلى كثير من النتائج، منها :

-- أن معمدى العقاقير عموماً لا يؤمنون كثيراً بالعلاج النفسى، ويفضلون العلاج العقاقيرى .

-- يوجد الكثير من الاتجاهات السالبة نحو الوحدات العلاجية .

-- أن مدمنى الأقسام الداخلية كانوا أكثر مقاومة للعلاج النفسى، من هؤلاء المترددين من الخارج .

-- وجود إحدى عشرة مشكلة متعلقة بالموقف من العلاج الجماعى، هي :

\* مشكلات المخاوف الاجتماعية داخل الجماعة العلاجية .

\* مشكلات الاتجاهات السالبة نحو العلاج النفسى الجماعى .

\* مشكلات التغذيةى السريعة الخاطلة ونقص الدافعية .

\* مشكلات الاتجاهات السالبة نحو المؤسسة العلاجية .

\* مشكلات ضعف الثقة فى المعالج وفى الجماعة العلاجية .

\* مشكلات ضعف المهارات الاجتماعية .

\* مشكلات زمن الجلسات العلاجية الجماعية .

\* مشكلات الميول المعوقة نحو الجماعة العلاجية .

\* مشكلات مقاومة العلاج .

\* مشكلات المفاهيم والمعتقدات الخاطلة نحو العلاج النفسى الجماعى .

\* مشكلات ضعف الاستعداد للعلاج والمهام العلاجية .

(مدحت أبو زيد ، ١٩٩٨ ، ص ص ٢٠٩ - ٢٩٣)

وفى هذا الإطار قام كاتب هذه السطور بدراسة عن : الدافعية للعلاج لدى المدمنين -- دراسة نفسية مقارنة (٢٠٠٠) ؛ حيث إن عديداً من المدمنين يدخل إلى المستشفى ... ويكون الهدف الظاهرى هو أنهم جميعاً قد قدموا إلى العلاج .. فهل هذا

هو الواقع فعلاً... أم أن الدافع - أو الدوافع - للدخول المستشفى يتنوع ويختلف من شخص إلى آخر... ومن أجل الإجابة عن هذا التساؤل ، تم اختيار عينة بطريقة عمدية مكونة من (٨٠) مدمناً جميعهم من الذكور ، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين :

- عينة الإيمان السعودية : وتكونت من (٥٠) مدمناً من المترددين للعلاج ، أكثر من ثلاث مرات فى مستشفى لعلاج الإدمان .

- عينة الإيمان المصرية : وتكونت من (٣٠) مدمناً من المترددين للعلاج ، أكثر من ثلاث مرات فى مستشفى حكومى ، ومستشفى خاص لعلاج الإدمان .

وقد تم استخدام عديد من الأدوات، مثل : المقابلة الإكلينيكية المعمقة ، والملاحظة بالمشاركة ، ثم استبيان لتحديد دوافع المريض القادم للعلاج .

وقد توصلت النتائج إلى تنوع الدوافع لدخول المستشفى (فى العينتين) ، وتراوحت ما بين :

- إرضاء الأسرة .

- الأهل أجبرونى .

- الانتكاسة .

- هروب من مشاكل خارج المستشفى .

- للعلاج .

- أريد أن أبدأ حياة جديدة .

- لا أعرف .

- عدم توافر المادة المخدرة .

- محول من العمل .

- أرى عروق (أريج) .

- محول من شرطة مكافحة المخدرات .

- لم أجد مأوى إلا هنا .

(محمد حسن غانم ٢٠٠٠ ، ص ٣١ - ٤٥) .

حيث أوقفنا الدراسة بصورة واقعية على مدى تنوع الدوافع التى من أجلها

يدخل المدمن المستشفى ... ومن المعروف أنه كلما كان الدافع ينبع من داخل الشخص المدمن لكى يعالج، كلما كانت مشاركته فى البرنامج العلاجى ، والاستفادة مما يقدم من خلاله أفضل والعكس صحيح . ولذا لابد من إجراء عديد من الدراسات التى تدور حول السبل التى يجب أن تتبع لزيادة دافعية المدمن إما لدخول المستشفى، ثم لزيادة فعاليته داخل المستشفى ، ثم لزيادة فعاليته لمتابعة المستشفى عقب خروجه ولمدة عام على الأقل .

وفى هذا الإطار قام محمد حسن غانم (٢٠٠١) بدراسة عن : برنامج علاج نفسى لمدمن يعانى من اضطرابات جنسية وانخفاض مستوى تركيز الذات حيث تكونت عينة الدراسة من حالة إدمان واحدة .. حيث تعاطى حبوباً منشطة ومهدنة ، ثم تناول الكحوليات (هذا من ١٠ سنوات) ومن ثلاث سنوات أدمن الهيروين .

وتم استخدام عديد من الأدوات النفسية، مثل :

- المقابلة الكلينيكية .

- ملاحظة سلوك المريض (سواء داخل المستشفى أو من خلال متابعته فى الوحدة اللاحقة) .

- استمارة تاريخ حياة العميل .

- اختبار تايلور للقلق الصريح .

- اختبار تركيز الذات .

- اختبار بيك للاكتئاب .

- اختبار احتمالية الانتحار .

- جدول المخاوف لولبي .

- اختبار الثبات .

وتم تطبيق هذه الأدوات قبل استخدام البرنامج العلاجى، وتم تحديد مشاكل المريض فى :

- الاعتماد على المخدر كنمط للحياة .

- الخجل .

- عدم تركيز الذات .

- اضطرابات جنسية تأخذ شكلين منحرفين، هما :

أ - الجنسية المثلية السلبية .

ب- التعلق الجنسي بالمحارم .

- القلق والتوتر الشديد المرتبط بالمواقف الاجتماعية (الفوبيا الاجتماعية) .

وتم استخدام برنامج علاجي، يتكون من : بعض فنيات العلاج النفسي  
التدعيمي ، ثم بعض فنيات العلاج النفسي للسلوكي ، ثم فنيات العلاج العقلاني  
الانفعالي .

وقد استغرق تطبيق البرنامج ما يقارب الأربعة أشهر ... وأعيد تطبيق الأدوات  
نفسها السابق الإشارة إليها مرة أخرى، فوجدنا انخفاضاً ملحوظاً ، وتحسناً ملحوظاً في  
تفاعلات ومهارات وعلاقات للمريض الاجتماعية .

( محمد حسن غانم ، ٢٠٠١ ، ص ٢٧٨ - ٣٠٦ ) .

تلك كانت بعض الدراسات الميدانية التي حاولت أن تتناول ظاهرة علاج  
الإدمان ومن زوليا متعددة ... وكلها دراسات قد تمت في إطار البيئة المصرية والبيئة  
العربية .. أملين في إجراء مزيد من الدراسات، التي تهتم بجوانب العلاج والوقاية  
والتأهيل لمدمني المخدرات .

## الفصل السادس

### فى التأهيل النفسى والاجتماعى

- مالتأهيل .
- التأهيل من مجال إدمان المخدرات .
- التأهيل النفسى والاجتماعى ومايرتبط به من مفاهيم .
- مبادئ التأهيل .
- المحاور الأساسية لبرامج إعادة التأهيل لمدمنى المخدرات .
- تساؤلات التأهيل .
- الأهداف الاستراتيجية لبرامج التأهيل .
- الأهداف التكتيكية لبرامج التأهيل .
- مكان التأهيل .
- دور أخصائى التأهيل .
- خطوات التأهيل الاجتماعى .
- مرحلة العلاج والتأهيل النفسى الاجتماعى لمدمنى المخدرات .
- خطوات إعداد البرنامج التأهلى لمدمنى المخدرات .
- التأهيل النفسى والاجتماعى من واقع الدراسات الميدانية .
- شهادات واقعية لتجارب التأهيل :
- أ - فى مصر ب - فى المملكة العربية السعودية





## الفصل السادس فى التأهيل النفسى والاجتماعى

### مقدمة :

على الرغم من أن إجراءات التدخل الطبى والنفسى والاجتماعى وكذا التأهيل تدخل ضمن إجراءات الوقاية من الدرجة الثالثة ، وفقاً لتصنيف لهيئة الصحة العالمية .. إلا أننا فضلنا أن نفرّد هذا الفصل للحديث عن التأهيل النفسى وإجراءاته لعدة أسباب:

السبب الأول: أن عديداً من الدراسات المختلفة فى مجال تعاملى المواد المخدرة فى مجتمعنا قد وجدت أن الحل الفارماكولوجى ، أو بمعنى آخر التدخل العلاجى بالعقاقير بوصفه إجراءً لاحتواء الإدمان عند المتعاطين- لا يمثل فى أقصى صورته- أكثر من ١٠ ٪ من الخدمة العلاجية، وأن التوقف عند هذا الحد يقود إلى الانتكاس.

السبب الثانى: سيادة عديد من الأفكار لدى كثير من الأطباء وكثير من المدمنين، بل وكثير من أفراد المجتمع ، بأن التدخل الطبى ذو تأثير فعال فى علاج الإدمان لسببين:

الأول: التخلص من أعراض الانسحاب الناتجة عن منع الفرد من التعامل مع المواد المخدرة.

الثانى: احتواء أى صور من صور الاضطرابات النفسية أو العقلية الناشئة عن التعامل مع المواد المخدرة.

انظر فى هذا الصدد:

(محمى الدين أحمد حسين، ٢٠٠٣ ، ص١١)

(مصطفى سويّف، ١٩٩٦)

(الإستراتيجية القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان ١٩٩٢ ، ص٢١٢).

السبب الثالث: أن كثيراً من المحمّنين لا يؤمنون بأساليب العلاج النفسى أو التأهيل ، ويعتبرونها نوعاً من (التزويد) الذى لا طائل من وراءه..وأن المهم هو

تخليص للجسم من (جحيم) الأعراض الانسحابية..وأن المريض بعد مرحلة إزالة أعراض الانسحاب ودخوله فى مرحلة العلاج النفسى والتأهيل قد يتساءل:

- هل سيتم تكليف دى من الهيروين (أو نوع المخدر الذى يتعاطاه) بالعلاج النفسى؟

- لماذا تجبروننى على العلاج النفسى؟ أنا لست مريضاً بمرض عقلى أو نفسى.. أنا فقط مدمن..أعطونى عقاقراً..أو مضاداً حتى (لا أشتاق إليه مرة أخرى) -

- العلاج النفسى كلام فى كلام ، فكيف سيفيدنى فى التوقف وفى عدم الانتكاس؟

(مدحت أبو زيد ، ١٩٩٨ ، ص ٢٦٠-٢٦١) .

السبب الرابع: إننا نتفق تماماً مع ما أورده محى الدين أحمد حسين (٢٠٠٣) حول حصر عديد من العوامل ، التى تؤكد أن ثقافتنا لا توافق على تأهيل مدمنى المخدرات من خلال الآتى:

١- أن السياق العام الاجتماعى يفر من للشخص الذى دخل فى مجال الإدمان..ذلك لأن مفهوم التأهيل يقتضى تعاون كافة أجهزة الدولة ومؤسساتها العامة والخاصة فى سبيل إرساء صيغته المقبولة .

٢- أن الحديث عن الإدمان وتذكره (إنما يرتبط بمرحلة موسمية) ، فإذا انتهى الموسم انتهت الحملات الإعلامية والبرامج.. إلخ (ولعل الحملة الصحفية التى قادها رئيس تحرير الأهرام فى أواخر الثمانينيات من القرن الماضى) وتحفيز كافة المهتمين بمجال الإدمان خير نموذج على ذلك..ثم عود الدولة بالبرج قطعة أرض وبناء مستشفى متخصص لعلاج الإدمان ، وما يرتبط به من إضطرابات خير نموذج على ذلك..إذ مازلنا حتى الآن لانرى أين هذا المستشفى ، ثم انتهت الحملة الصحفية بتجميع هذه المقالات فى كتاب (كارثة الإدمان) ثم بعد ذلك لا شئ سوى الصمت، وكأننا ننسى اليوم ما سبق أن وعدنا به بالإمس (أو حتى من مائة!) -

وهكذا .. يحدد محى الدين أحمد حسين ويرصد عديداً من المظاهر غير المرضية فى ثقافتنا للقيام بعملية التأهيل.

(محى الدين أحمد حسين ، ٢٠٠٣ ، ص ص ٩١-٩٧) .

وكل ما سبق يدعونا الى الاهتمام بعملية التأهيل حتى :

أ - نزيد الوعي لدى الجميع (وخاصة المسؤولين) عن أهمية استخدام العلاج النفسى والتأهيل ؛ لأن ذلك عامل أساسى فى (تقويم) الفرد، ورده الى جادة الصواب فى المستوى القريب ، وأيضاً البعيد.

ب- أنه من المهم جداً لكثير من الفئات التى خرجت أو أُنحرفت عن جادة الصواب (مثل: المدمنين ، المجرمين ، المعوقين) إجراء عملية للتأهيل النفسى والاجتماعى ؛ وحتى يتوافقوا مرة أخرى مع ذواتهم ومع مجتمعهم .

ج- أن هذه الفئات التى تحتاج الى تأهيل - وعلى الرغم من قلة عددهم ، إلا أن المجتمع الأكبر لا يجب أن يهمل مثل هذه الفئات، وأن رعاية الأقلية إنما يكون فى صالح الأغلبية (وأن إهدى سواوات المجتمع الأمريكى أنه لم يدرك- رغم تقدمه- أنه ياهماله للأقليات وعدم رعايتها ، صارت الأغلبية مهتدة وغير آمنة فى حياتها) .

(محى الدين أحمد حسين ، ٢٠٠٣ ، ص ٩٥)

د - أيضاً نشر الوعي لدى مدمنى المخدرات ولدى ذويهم بأن التأهيل النفسى والاجتماعى مهم جداً للمدمن .وأن التأهيل له شروط ومحاور وفنيات ومتطلبات وأركان .وأن وجود (نقص) فى جانب منها إنما سيؤدى إلى عديد من صور الاضطراب .

### ما التأهيل؟

بداية نشير الى عدم الاقتصاد على التطبيق Psychiatrization والاهتمام بعملية التأهيل Rehabilitation والذي يسمى أحياناً الساق الرابعة The Fourth Leg للممارسة الطبية ؛ حيث إن السيقان الأخرى ، هى: الوقاية-التشخيص-العلاج ثم (التأهيل) ؛ ولذا فإن التأهيل ليس علاجاً (بالمعنى المهنى للعلاج) ؛ وإن كان يعتبر من محينات العلاج النفسى المهمة لأنه يدخل فى عديد من الجوانب التى تعكس إيجابياً فى كل جوانب الشخص .

ولذا فإن التأهيل الآن يدخل جميع الجوانب بما فيها الأمراض العقلية حيث يعمل على استعادة قدرة الشخص، وأن يتقبل للشخص حالته الراهنة ، حتى يتوافق الشخص مع ذاته (بصورة واقعية وليست مثالية) ومع الآخرين (كما هم لا كما يجب أن يكونوا) ؛ ولذا فإن الحديث عن التأهيل لا يقتصر فقط على فئات للممنين ، بل يمتد ليشمل جميع الفئات (المصابة) بما في ذلك المرضى العضويين (خاصة الذين قرر الأطباء بتر بعض أعضائهم) ، وكذا المرضى النفسيين والمعتلين ، والذين اقتضت الظروف حجزهم لفترات خلف الأسوار في المستشفيات النفسية وغيرهم من الفئات.

انظر في هذا الصدد:

(Kerko FF:et. al., 1992., pp.21-42) & (Berg, 1991., pp.97-111)

وكلمة التأهيل Rehabilitation في معناها الإنجليزي أثارت عديداً من المناقشات ؛ لأن الكلمة في أصلها الإنجليزي تبدأ بحرفي R E ومعناها بالعربية: إعادة الشيء الى وضعه الطبيعي، وهذا لا ينطبق على كثير من الحالات (مثل التخلف العقلي كمثال واضح) ، ولذلك يفضل استخدام كلمة Habilitation ، ولكن غالباً يكون الخطأ الشائع مقبولاً، فيستخدم هذا اللفظ للدلالة على عملية التأهيل (فاظك عفيفي، ١٩٩٣، ص ٣٢) .

وهو ما ناقشه محي الدين أحمد حسين (١٩٩٤) من خلال استعراض لتعريف Ellison Bachhout ، والتي تأثرت في منحاه بالنموذج الطبي الذي فيه يتحدد الشفاء بعودة المريض إلى حالة سابقة كان عليها قبل بدء المرض، ويتصور أن حالة ما قبل الإصابة بالمرض هي الحالة السوية ، ولا يمكن لهذا النموذج أن ينطبق على الوضع الخاص بظاهرة تعاطي المخدرات؛ إذ يكون الوضع قبل الدخول في خبرة التعاطي وضعاً مهيئاً لهذه الخبرة وممهداً لها، إضافة الى وجود عديد من التصورات الخاطئة التي تضمنها مفهوم إعادة التأهيل ، والذي أرتأى شتاروس ضرورة استبعادها (محي الدين أحمد حسين ، ١٩٩٤ ، ص ص ٢٥٦-٢٥٨) .

**التأهيل في مجال إدمان المخدرات :**

سبق أن أشرنا سريعاً -في الفصل الثاني- إلى التأهيل ..والآن سنفصل الحديث في مجال التأهيل ، وتحديدًا في مجال إدمان المخدرات .

وبداية نشير إلى أن هذا المفهوم قد تمت استعارته من العلوم الطبية ؛ ولذا فقد تعرض لعديد من أوجه الفهم الخاطيء، حيث إن عديداً من الممارسين لعملية التأهيل

يرون أنه قاصر على ظروف إكلينيكية محددة، إضافة إلى النظر إلى التأهيل وكأنه مفهوم قاصر على مجال تأهيل الشخص إلى العمل المناسب لإمكاناته الحالية، متفانياً عن إمكانية مساهمة التأهيل في تدريب الشخص على عديد من المهارات والأنوار الاجتماعية المختلفة، وأن التأهيل يقدم فقط في المستشفيات، وهذا مفهوم قاصر لمعنى التأهيل ومحدداته ؛ لأن التأهيل يهتم بجوانب الفرد المختلفة قدر اهتمامه بالسياق الاجتماعي الذي يتواجد فيه للشخص. كما يرى البعض أن التأهيل يأتي كمكمل للأساليب العلاجية المختلفة ، بيد أن الحقيقة أن التأهيل يتوكل مع كافة خطوات العلاجات المختلفة إلى آخر عديد من الأفكار، التي تحتاج إلى إعادة الطرح لتصبح ممارها

انظر على سبيل المثال:

(Lavender & Howllay., 1988) & (Watts & Bennett., 1991)

(Bearods How & Towell., 1990)

كذلك انظر (لافندر، واتس ٢٠٠٠، ص ٥٣٥-٥٤٧)

### تعريف التأهيل :

تتعدد التعريفات التي قدمت لمفهوم التأهيل : فيعرف في معجم العلوم الاجتماعية (١٩٧٥) بأنه مجموعة العمليات أو الأساليب ، التي يقصد بها تقويم أو إعادة الأشخاص المنحرفين أو المجرمين نحو للحياة السوية، كما يقصد به محاولة تربية الشواذ وضعاف العقل أو ذوي العاهات لعلاج نواحي النقص فيهم أو تخفيفها ؛ حتى تتكلم مع أوجه النشاط التي تناسب حالتهم... (المسيد بدوي، ١٩٧٥ ، ص ١٠٨) .

وهذا التعريف وما يحتويه من عناصر يكرر في عديد من التعريفات ، التي قدمت لمفهوم التأهيل ، لدرجة تدعونا لتحديد معنى للتأهيل المقصود ومنذ البداية ، لعدة أسباب:

الأول: تعدد مجالات التأهيل إذ يوجد: تأهيل نفسي ، وتأهيل تربوي، وتأهيل طبي، وتأهيل اجتماعي ..إلخ.

الثاني: تعدد المفاهيم والتعريفات التي قدمت وفقاً للغة العمرية، ولذا نجد ما يسمى بتأهيل المستين ، وتأهيل الأطفال ، وتأهيل الشباب ..إلخ.

الثالث: تعدد المفاهيم والتعريفات التي قدمت وفقاً للغة الكلينيكية المراد تأهيلها ؛ ولذا نجد ما يسمى بتأهيل الفصاميين وتأهيل الاكتئابيين وتأهيل الجانحين...إلخ

الرابع: أن الترجمة الإنجليزية لكلمة التأهيل Rehabilitation قد أثارت عديداً من المناقشات لأن بداية الكلمة RE تعنى فى اللغة العربية إعادة الشيء إلى وضعه الطبيعى وهذا لا ينطبق على حالات الضعف العقلى والتعاطى، ولذلك يفضل استخدام كلمة Habilitation ولكن غالباً يكون الخطأ الشائع مقبولاً ، فيستخدم هذا اللفظ للدلالة على عملية التأهيل (ناظك عيسى عفيفى ١٩٩٣ ، ص ٣٢).

ذلك لأن هذا المصطلح قد تم سكّه فى المجال الطبى ، ثم شاع استخدامه فى عديد من فروع العلوم الإنسانية مثل علم النفس والاجتماع والتربية . ولذا ترى إليسون وباكوت (Backhot & Ellison 1981, P.246) فى إطار إقترانهما بين مفهومى الإصلاح والعلاج ومفهوم إعادة التأهيل، أن إعادة التأهيل تعنى إعادة الشيء أو الأمر إلى حالته الأصلية وقبل المرض (من خلال محى الدين حسين ، ١٩٩٤ ، ص ٢٥٦).

حيث يؤكد هذا التعريف المعنى الشائع عن التأهيل (وفقاً للمفهوم الطبى) ، من حيث النظر إلى الحالة قبل الإصابة بالمرض وكأنها الحالة السوية وحالة ما بعد المرض-أو حتى أثناءه-على أساس أنها للحالة غير السوية . وإذا كان هذا صحيحاً فى المجال الطبى ، فإن الأمر على العكس فى مجال التعاطى ؛ إذ قد تكون الحالة قبل التعاطى مهينة ودافعة للشخص للوقوع فى مثل هذه الخبرة . وهو ماذهب إليه كابندر (Kappender, 1996., pp .776-777) فى موسوعة كورسينى لعلم النفس والعلوم السلوكية ، من خلال تقديم مفهوم عام وشامل لمعنى التأهيل وأهدافه .

وإذا خصصنا الأمر بصورة أكثر تحديداً فى مجال إدمان المخدرات .. فإن مصطفى سويف (١٩٩٦) يرى أن إعادة التأهيل هى: «الوصول بالمتعاطى إلى مستوى مقبول من الأداء المهني ، سواء كان ذلك فى إطار مهنته التى كان يمتدنها من قبل التعاطى ، أو فى إطار مهنة جديدة ، ومن خلال إجراءات الإرشاد المهني Occupational Counselling وقياس الاستعدادات المهنية Occupational Apti- tudes والتوجيه المهني Occupational Guidance والتدريب Training (مصطفى سويف، ١٩٩٦ ، ص ص ٢٣١-٢٣٢) .

وإذا كنا نتفق مع ما أورده سويف من حيث الاهتمام بالعمل .. إلا أننا نرى أن إعادة تأهيل الشخص فيما يتعلق بالعمل هو أحد جوانب إعادة التأهيل لمتعاطى المخدرات . وليست كل للجوانب؛ لأن التعاطى يكون قد أكسب الشخص المتعاطى

عديداً من السلوكيات الخاطئة ، وأن من أحد أهداف عملية إعادة التأهيل خفض السلوكيات الخاطئة والمرتبطة بالتعاطى، وملء الفراغ بسلوكيات جديدة، وهذا ما أورده محى للدين أحمد حسين (١٩٩٤) ، من أن إعادة التأهيل لمتعاطى المخدرات تهدف إلى: «إرساء دعائم الشعور بالهوية الذاتية، والشعور بفاعلية الذات فى مواجهة المشكلات النفسية والاجتماعية والبدنية، ويكتسب هذا الهدف أهمية خاصة بالنسبة لتأهيل متعاطى المخدرات ، من حيث كونه يحدد ويساهم فيما يلى:

- إمكانية المقاومة لعناصر الضغط الدافعة إلى خيرة التعاطى.
- إمكانية التبنى الصارم لآليات المواجهة الإيجابية لمشكلات الحياة اليومية.
- إتمام للمهارات اللازمة لممارسة للدور الطبيعي فى الحياة ، دون الاعتماد على المخدر.

- تشكيل قوى المقاومة لبعض السمات اللوعية التى تسم متعاطى المخدرات، مثل: افتقار الهمة، وعدم الرغبة فى بذل الجهد، وعدم الشعور بالمسئولية تجاه الذات أو تجاه الآخرين. والتحرك بآليات الرغبة العاجلة والأندفاع وعدم الاندفاع عند اتخاذ القرارات للهمة والسلبية، وضعف الثقة بالذات والتوجه بمعايير الضبط الخارجى... الخ (محى الدين أحمد حسين ، ١٩٩٤، ص ص ٢٥٩-٢٦١).

ونرى أن هذا التعريف هو أقرب إلى الفهم الإستراتيجيات والإجراءات ، والأهداف التى يجب أن يسعى إليها التأهيل (الحق) فى مجال متعاطى المخدرات.

## ٢- التأهيل النفسى والاجتماعى للمدمنى المخدرات وما يرتبط به من مفاهيم:

يرتبط للتأهيل العديد من المفاهيم ، نذكر منها:

### التأهيل المهنى Vocational Rehabilitation :

ويقصد به أن الشخص قد يصاب بدوع من للعجز يقعه عن الاستمرار فى العمل الذى يعمل به، أو يقعه عن العمل والإنتاج بصفة عامة ، إذا كان قد أصيب به قبل العمل. وفى كلا الحالتين يحتاج العاجز الى عملية تأهيل مهنى ، تتضمن فى جوهرها إعادة قدرته إلى العمل والإنتاج ، بحيث ترفع عنه حالة العجز وتلغيها أو تكسبه القدرة على العمل والإنتاج إذا كان مصاباً بالعجز قبل أن يصل إلى مرحلة العمل. ولاشك أن هذا له مردود إيجابى على للشخص ومجتمعه (فرج طه وآخرون، ١٩٩٣، ص ١٦٠) -

ولاشك أن متعاطي المخدرات قد يحتاج-بل يحتاج بالفعل- إلى عملية التأهيل المهني؛ لأن فترة التعاطي تكون قد أدت إلى تدهور قدراته، بل ويكون قد تم فصله من العمل في الغالب .

#### الإرشاد المهني Vocational Counseling :

يشير مصطلح الإرشاد إلى العلاقة التي تنشأ بين شخصين يحاول أحدهما (المُرشد) إلى مساعدة الآخر (المسترشد) على أن يفهم المشكلات الخاصة بترافقه ، وأن يحلها، وعلى هذا النحو يتحدد مجال التوافق في سياقنا الراهن بأنه التوافق المهني Vocational Adjustment

ويضم المصطلح مساحة واسعة من الإجراءات، تمتد من تقديم المشورة إلى تقديم المعلومة ، وكل ذلك يدور حول مقتضيات العمل بوجه عام بما في ذلك اختيار الوظيفة الملائمة ، مع الأخذ في الاعتبار وضع الشخص المتعاطي للمخدرات (سابقاً) والأحوال السائدة في سوق العمل (لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩٢، ص ص ٢٤٦-٢٤٧) .

#### التوجيه المهني Vocational Guidance :

وهو العملية التي يتم بها اختيار أنسب عمل لفرد معين، ومن ثم تكون مهمة التوجيه المهني هي معرفة أنسب الأعمال للفرد وتوجيهه إليها ونصحه بالعمل فيها . ويتم التوجيه المهني بكل عمل بناء على تحليل الأعمال ، التي يمكن التوجه إليها لمعرفة ما يتطلبه كل منها من استعدادات عقلية ومعرفية ومن خصائص شخصية، هذا من جانب، وتحليل للفرد-وطالب التوجيه لقياس استعداداته وخصائصه المختلفة من جانب ثان، ثم توجيهه إلى العمل الذي يتناسب في متطلباته مع خصائص هذا الفرد (فرج طه وآخرون ١٩٩٣، ص٢٦١) . ولاشك أن المتعاطي بعد المرور بخبرة التعاطي يحتاج إلى إعادة توجيه مهني ؛ وفقاً لقدرته الحالية وما يتناسب معها من (عمل) يتفق ووضعه الراهن.

#### التدريب Training :

وهو تعلم منظم ومحدد ومبرمج لإكساب المتدرب عادات ومهارات وقدرات على أداء عمل معين، أو رفع كفاءته فيه، ويتم عادة في مؤسسات أو مراكز خاصة للتدريب، كما تحدد له عادة دورات تدريبية ، تستغرق كل منها وقتاً محدداً وفق شروط محددة (فرج طه وآخرون ١٩٩٣، ص١٩٠) .



إلا أن المتعاطي الناقه سوف يجد عديداً من الثغرات والعيوب في رصيده من الاستعدادات المهنية ، وهو ما سوف يساعده على أن يعيد اكتساب وصقل مجموعة المهارات التي تستلزمها الوظيفة (سواء التي كان يعمل بها من قبل أو بعد تدريبه على الانحاق بوظيفة جديدة تتفق مع إمكانياته الحالية) ، يضاف إلى ذلك كون الشخص يجري تدريبه في موقف العمل نفسه ، فذلك من شأنه أن يمكنه من اكتساب قدر كبير من مهارات إضافية..ومن الجدير بالذكر أن تكريس فترة محددة لمثل هذا التدريب قبل اتخاذ قرار نهائي بتسكين المتعاطي الناقه في هذه الوظيفة أو تلك ، يستحق أن ينظر إليه على أساس أنه مدخل صحي للولوج منه لإعادة تقديم الشخص إلى العمل المنتج (لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩٢ ، ص ص ٢٤٨-٢٤٩) .

#### إعادة الاستيعاب الاجتماعي Social Reintegration:

حيث يكون للمتعاظم قد أكسب الشخص عديداً من أشكال وصور التدهور الاجتماعي ، بل وجعله متخللاً من كثير من مسؤولياته الاجتماعية ، والذي يصفه مصطلقى سرياف بظاهرة للخلع Dislocation ، ولذا يكون الهدف من إعادة الاستيعاب أو الدمج الاجتماعي هو إعادة تطبيع المتعاطي للمخدرات (الناقه) بحيث يعود إلى القيام بأدواره الاجتماعية والتي كان يؤديها قبل تعاطيه أو ما يقرب من ذلك (مصطفى سوياف، ١٩٩٦ ، ص ص ٢٣٣-٢٣٤) .

بل إن وصل المتعاطي بالسباق الاجتماعي لابد أن يتم على نحو يراه السياق الاجتماعي ملائماً . هذا جانب ، وعلى نحو يحل بين الفرد والانتكاس من جديد إلى عالم المخدرات ، وهذا جانب آخر (محي الدين حسين ، ١٩٩٤ ، ص ٢٦٢) ، بل لابد أن يهتم القائمون بعملية للتأهيل في أخذ السياق الاجتماعي في الاعتبار ، وما إذا كان يسير أو يعرق إعادة التأهيل بصورة واضحة ، وهنا لابد من ضرورة الاهتمام بثلاثة جوانب ، هي: البيئة الفيزيائية ، ونظم الإدارة للمبتدأ ، والاتصال بالأفراد خارج نطاق المؤسسة التي يعيش فيها المتعاطي (Lavender., 1985) ، (Leiper et al., 1992., a, b) .

#### الانتكاس Relapse:

يهدف إعادة التأهيل في جانب منه إلى منع وقوع الشخص في الانتكاس والعودة إلى تعاطي المخدرات مرة أخرى ، وأن يظل الشخص محافظاً على حالة (التعافي) ، بل إن عدم المرور بتجربة التأهيل-كما سبق وأشرنا-يقود إلى فعل الانتكاس .

ويشير مصطلح الانتكاس إلى الفضل في المحافظة على نمط التغيرات ، الذي

طراً على السلوك ، ولا تشير الانتكاسة فقط الى الحدث الذى تم من خلاله تم التعاطى وعدم الالتزام بقواعد التعافى ، وإنما أيضاً (تجاهل) مجموعة العلامات المنذرة ، والتي تظهر قبل أو قبيل وقوع الشخص للتعاطى فى فعل التعاطى ، سواء أكانت هذه العلامات مثيرات من البيئة الخارجية أم بفعل اللهفة والاشتياق Craving من دلخل الشخص المتعافى (Daly, D.C & Marylatt, A. 1992, p. 533)

ومن هنا فإن جانباً مهماً من جوانب البرامج العلاجية والتأهيلية يهدف فى المقام الأول إلى منع وقوع المتعافى فى الانتكاسة ، من خلال:

- تدريب الفرد على تعرف علامات الانتكاسة Cues .

- التدريب على مواجهة الثقة (الزائدة) فى النفس أثناء التعافى ، كأن يقول المتعافى لنفسه: كأس واحدة ان تصر-

- ضرورة أن تفرق بين مصطلحى الانتكاسة Relapse والسقطه أو النكسة Lapse ، حيث يشير المصطلح الأخير إلى أن يأخذ جرعة أو كأساً من المخدرات فقط ، ويسارع إلى المستشفى للعلاج فى حين أن المصطلح الأول (الانتكاسة) يشير إلى الاستمرار فى التعاطى بل وبصورة كثيفة.

انظر :

(محمود رشاد ١٩٩٦ ، ص٧٥) .

(ماجدة حسين محمود ١٩٩١ ، ص ص١٢٥-١٤٥) .

(Marsha M. linehan, 1999, pp. 367 - 394)

الاشتياق Craving:

لعل من أهداف إعادة التأهيل أيضاً هو عدم إثارة أية مشاعر (إيجابية أو سلبية) تكون قد ارتبطت فى ذهن الفرد بعملية الاشتياق إلى المخدر . وقد استخدم هذا المصطلح فى البداية للإشارة إلى عديد من أنواع الحوافز القوية ، والتي ارتبطت فى ذهن المتعاطى الذى يتعاطى الهيروين ، وخاصة تلك العلامات التى تظهر إبان مرور الفرد بخبرة الاعراض الانسحابية .. إلا أن هذا المصطلح (الاشتياق) قد تم استخدامه بصورة أكثر شمولاً واتساعاً ليشير إلى اللهفة القوية فى تعاطى أية مادة مخدرة (Bauer, I., 1992, p.52).

ومن هنا .. فإن عملية التأهيل تهدف ضمن ما تهدف إلى الوصول بالفرد (المتعافى الناقه) إلى التحكم فى النفس وعدم الخضوع لتعاطى المخدر أو الاشتياق

لأى مؤثرات قد تقوده إلى التعاطى وبالتالي إلى الإنتكاسة ، والتي تعد بدورها من أهم مؤشرات فشل عملية إعادة للتأهيل .

#### المتابعة Follow Up:

حيث تمتد المتابعة إلى حقيقة مؤلها ضرورة أن نندخل دائماً فى بنية برامج التأهيل ومنذ البدء فى تكوينها ما يسمح بإجراءات المتابعة ، وفى هذه الحالة يجب أن يحتوى سجل المتابعة على ثلاثة عناصر ، هى:

الاستمرار continuity أى مواظبة للشخص على الحضور إلى مقر العمل أو التأهيل بانتظام وهذا عكس الغياب ، والامتثال Compliance الذى يقصد به اتباع الشخص لمجموعة القواعد الأساسية (الرسمية وغير الرسمية) والتي تحكم موقف العمل ، وهنا يقاس (النشوز) بكثرة تورط الشخص فى الخلافات والصراعات مع شبكة العلاقات الاجتماعية فى نطاق العمل أو خارجه ، ثم مفهوم التقدم Progress الذى يشير إلى التغير فى مستوى الأداء من حيث الكم والكيف ، سواء كان فى هذا التحرك ما يكشف عن تحسن أو تدهور . والمعاد أن نتوقع منحنى صاعداً أو متناقص السرعة على مقاييس الكم والكيف (حجم الانتاج وجودته) . ومن هنا نستطيع أن نتوقع ما إذا كان الشخص مستمراً فى تعافيه أم مقبلاً على حالة من الانتكاسة (لجنة المستشارين العلميين ١٩٩٢ ، ص ص ٢٤٨-٢٥٢) .

ولا يتوقف الأمر عند هذا الحد .. بل إن التأهيل يرتبط بعديد من الأمور والتي يجب أن تكون واضحة ومنذ البداية .

**أهداف التأهيل :** يرى محيى الدين أحمد حسين أن أهداف التأهيل تتلخص فى:

١ - معاونة الفرد على الاستبصار بوضعه المرضى وملابساته المختلفة وخاصة من منظور التفاعل الاجتماعى فى جوانبه ومظاهره المتعددة ، مع إيضاح المقومات النفسية والاجتماعية والبدنية ، التى أسهمت فى تشكيل أو تدعيم المسلك المرضى ، الذى أخذ صورة الاعتماد على المخدرات كأسلوب للحياة .

٢ - إرساء دعائم الشعور بفاعلية الذات فى مواجهة المشكلات النفسية والاجتماعية والبدنية . ويعد هذا الهدف من الأهداف التأهيلية السمة بالنسبة لمتعاطى المخدرات ، إذ به ومن خلاله تتحدد إمكانية المقارمة لعناصر الضغط الدافعة إلى خيرة التعاطى وخبرات أخرى إيجابية فى مجال التعاطى .

٣ - إنماء للربط الفعال بين الوسائل والغايات؛ إذ إنهم يتحركون بدافع إسعاد أنفسهم إلا أنهم يؤثروا أنفسهم، كما أنهم وهم يتحركون بدافع تحاشي الآلمهم ويزيدون من آلمهم.

٤ - إنماء الاتجاهات الإيجابية تجاه الآخرين؛ لأن ثقافة المخدر قد أكسبتهم عديداً من السلوكيات والقيم والاتجاهات ، والتي جعلتهم فى النهاية يتحللون من القيم الاجتماعية على نحو ، أضعف لديهم إغراء التواصل الصحى مع الإطار الاجتماعى .

٥ - التمهيد بجهود التأهيل إلى عملية الدمج الاجتماعى ؛ بمعنى وصل الفرد بالسياق الاجتماعى على نحو يراه السياق الاجتماعى ملائماً . (مضى الدين أحمد حسين ، ١٩٩٤ ، ص ٢٥٩-٢٦٢) .

**مبادئ التأهيل :** ينهض التأهيل على مجموعة من المبادئ ، أهمها:

١- احترام وتقدير الشخص والتعامل معه كوحدة متكاملة، لها كيانها المستقل واللقمة بإمكاناته المتبقية .

٢ - الأخذ بمبدأ تكافؤ الفرص بين أفراد المجتمع عن طريق تهيئة الفرص للأفراد ؛ لكى يعتمدوا على ذاتهم ، وفى الوقت نفسه لا يكونون عالة على المجتمع .

٣ - ضرورة الأخذ بمراعاة مبدأ الفروق الفردية ، فيتم تأهيل الفرد وفقاً لخبرته الشخصية وتاريخه الاجتماعى والمرضى، ولا يمكن الادعاء بأن الفرد قد تم تأهيله إلا إذا كان قد شفى تماماً من الحادئ نفسيا واجتماعيا ، وقد استعاد مكانته السابقة فى المجتمع (سيد عبد الحميد ، ١٩٧٦ ، ص ١٤٦) .

٤ - الأخذ بمبدأ مشاركة الشخص فى وضع الخطط التأهيلية الخاصة به ، وبذلك يعيد الثقة إلى نفسه، ويشعر بكيانه مرة أخرى، ولا يشعر بأى تسلط من جانب الآخرين فى التخطيط لحياته .

٥ - الأخذ بمبدأ القيادة الديناميكية والحماسية للحاجات الفردية والوعى بالمحيط الاجتماعى والاقتصادى (ناظك عيسى عفيفى ، ١٩٩٣ ، ص ٣٥) .

### المحاور الأساسية لبرامج إعادة التأهيل للمدمنى المخدرات:

تتعدد وتتكون محاور برامج التأهيل لمعاملى المخدرات.. إلا أنها تشترك فى :

١- التحليل المبدئى للمشكلة ، والذي يعنى للوقوف فى حالة تأهيل مدمنى المخدرات على :

أ - مدى الإفراط فى حدوث سلوك غير مرغوب ، من منظور التكرار أو الشدة أو الاستمرار . فتقرير أن المتعاطى يتعاطى على نحو منتظم ويجرعات كبيرة ، وفى ظروف مختلفة ومتباعدة ، هو نموذج لهذا النوع من التحليل المبدئى .

ب - أن نحدد أنواع السلوك التى وجدت نتيجة التعاطى ، مثل: عدم القدرة على التعامل الملائم مع الآخرين ، أو ضعف القدرة على تحقيق التوافق الاجتماعى .

ج - تحديد مراحىل قوة الفرد ، ويعنى هذا أن نحدد ما يستطيع الفرد أدائه حتى يمكن (استثماره) فى حل المشكلة ، مع العلم بوجود عديد من المقاييس التى تهدف إلى تقييم تمدد التأهيل ؛ خاصة ما يتعلق بأوجه نشاطات الفرد الاجتماعية المختلفة (أ. لافندر، ف. ن . واتس ، ٢٠٠٠ ، ص ٥٣٨-٥٤١) .

٢ - تحليل سياق المشكلة: من خلال الإجابة عن التساؤلات التالية:

أ - من هم الأشخاص المعترضون على ما يصدر من ضروب معينة للسلوك؟ هل هو الشخص صاحب المشكلة أم أن هناك آخرين غيره؟

ب - ومن الذى يساعد على تفاقم المشكلة من خلال تأييده لصاحب المشكلة ومن هو أو هم ؟

ج - وما النتائج المترتبة على وجود هذه المشكلة، سواء لصاحب المشكلة أو لغيره؟

د - وكيف يسير المتعاطى أموره وهو متورط فى خبرة التعاطى؟ وكيف يسير أموره بعد أن يقطع عنها؟

هـ - وهل من الممكن لحل المشكلة أن يخلق مشكلات أخرى جانبية؟ وما هذه المشكلات المتوقعة؟

و - وهل من الممكن للشخص أن يعتمد على نفسه فقط فى حل مشاكله ، أم أنه بحاجة إلى آخرين يعاونونه فى هذا الأمر؟

٣ - الوقوف على شكل التدعيمات ، التى يمكن توظيفها فى اتجاه تمكين المتعاطى من الاقلاع عن خبرة للتعاطى، من خلال إثارة هذه التساؤلات والإجابة عنها:

أ - هل هو تحقيق القبول والموافقة من جانب بعض الأشخاص الذين يمثلون أهمية بالنسبة له؟

ب - أم التخلص من خبرة تهدده بخطر على المستوى النفسى أو الاجتماعى أو البدنى؟

ج - أم محاولة إنقاذ ما يمكن إنقاذه سواء من المنظور الدراسى (إن كان دارساً) أو المنظور المهني (إن كان عاملاً أو موظفاً)؟

د - أم التخلص من عبء مالى يمثل عثرة للحصول على المخدر؟

هـ - ضرورة أخذ تاريخ المتعاطى فى الاعتبار ، والنظر إليه من خلال خبرات النجاح أو الفشل، وتأثير هذا على توقعاته المستقبلية (مضى الدين أحمد حسين ١٩٩٤ ، ص ٢٦٥ ، ٢٦٦) .

٤- التحليل الدينامي/المتعمق للمشكلة:

من خلال الاهتمام بالزاويا الثلاث الآتية:

أ - الزاوية البيولوجية Biological perspective : بمعنى هل ثمة متاعب بدنية ارتبطت بشكل أو بآخر بظروف التعاطى ، وما حدود التدخل العلاجى المناسب؟

ب- الزاوية السوسولوجية Sociological perspective : حيث نحدد للعلاج المميز للوسط الاجتماعى الذى يمثل متعاطى المخدرات، وحدود انساق اتجاهات المتعاطى مع ظروفه الاجتماعية والاقتصادية التى يعيشها، وبيان ما إذا كانت هناك تغيرات قد حدثت فى الوسط الاجتماعى الخاص بالمتعاطى، وكان لها انعكاسها عليه بشكل أو بآخر من حيث للتورط فى خبرة التعاطى، وكيفية انعكاسات الخبرة عليه .. هذا من منظور الآثار المباشرة أو غير المباشرة، وكذا بيان حدود التصارع فى أدوار المتعاطى الاجتماعية وكيفية التعامل مع هذا الصراع ، وهل كان لهذا صلة بسلكه ؟

ج - الزاوية النفسية Psychological perspective : حيث يكون الاهتمام موجهاً إلى تحديد عدد من الجوانب النفسية المختلفة ، مثل:

- بيان حدود شذوذ هذه الخبرة ، إذا ما وضعت موضع المقارنة مع

- ضروب سلوكية أخرى للمتعاظم نفسه .
- بيان العوامل النفسية الاجتماعية، التى هبات الشخص للولوج إلى خبرة للمتعاظم وجعلته مسلكا فى الحياة .
- كيفية إدراكه لهذه العوامل من منظور تأثيرها عليه أو على غيره من المحيطين به .
- فى أية ظروف يشعر المتعاظم بالاحاح للمخدر ، وما هذه الظروف تحديداً ؟
- وفى أية ظروف أخرى يشعر بأهمية إعادة النظر فى مسلكه (وينوى) أن يتعاظم ؟
- هل هناك قدرات يتأسى بهم المتعاظم وينسج سلوكه على غرارهم ؟
- ومن أولئك القدرات وما صلة المتعاظم بهم ؟ ذلك لأن عديداً من الدراسات يؤكد أن الأفراد الذين لهم سجل نسبى من التوافق الاجتماعى الجيد ، أو بيئة متفهمة لأزماته ، ومحاولات جادة من قبل الآخرين لمساندة الشخص .. كل هذا وغيره يؤدى إلى سرعة دمجه فى نسج المجتمع . (انظر على سبيل المثال Shephard, 1991)
- ٥- تحليل إمكانات التعامل مع المشكلة ، من خلال بيان :
  - الحد الذى يمكن للبدء به فى مواجهة المشكلة .
  - الحدود الأخرى التى يمكن الوصول إليها بعد ذلك .
  - الكيفية التى يقوم بها تعزيز الخطوات المبدئية فى حل المشكلة .
  - حدود حرية صاحب المشكلة فى التعامل مع الحلول المطروحة .
- ٦ - تحليل السياق الاجتماعى الذى سينضوى الفرد تحته ، بعد الانتهاء من الخبرة التأهيلية من خلال الاجابة عن التساؤلات الآتية:
  - من الأشخاص الذين سيتعامل معهم المتعاظم بعد إقلاعه ؟
  - هل هناك أفراد يمكن أن يلعبوا دوراً مناهضاً ضد الوجهة التأهيلية ؟
  - وهل هناك آخرون غيرهم يمكن أن يلعبوا دوراً إيجابياً .
  - وما الظروف التى يمكن تطويرها لصالح البرنامج التأهيلية موضع التنفيذ ؟
- (محمى الدين أحمد حسين ، ١٩٩٥ ، ص ص ٢٦٤ - ٢٦٧) .

### تساؤلات التأهيل:

يهدف التأهيل فى مجال تعاطى المخدرات الى ضرورة طرح مجموعة من التساؤلات ، ثم الإجابة عنها..لان كل تساؤل يطرح جانباً مهماً من الجوانب التى يهتم بها التأهيل..وهذه التساؤلات هى:

١ - تحديد مفهوم التعاطى، وما حدوده التى ترشح فرداً معاشاً لخبرة التعاطى أن يتقدم لإحدى مصحات الإدمان للعلاج والتأهيل .

٢ - ما جوانب ميكولوجية المدمن ، وكيف تعبر هذه السيكلوجية فى علاقة للمدمن مع سياقه الاجتماعى؟

٣ - ما أفضل الصيغ التى يمكن بها للمدمن أن يتقدم للعلاج (هل يتقدم من تلقاء نفسه أم يتم تحويله من قبل العمل، أم تقوم أسرته بإحضاره..إلخ هذه الوسائل) .

٤ - كيف نتأكد من دافعية الشخص الذى قدم للعلاج والتأهيل (بغض النظر عن الصيغة التى حضر بها الى المستشفى) .

٥ - ضرورة أخذ (توقعات) المدمن الذى قدم للعلاج والتأهيل فى الاعتبار .. هل قدم من أجل للتخلص من الأعراض الانسحابية أم لإرضاء الأسرة..أم لادافع الأخرى (كما كشفت عنها دراسة محمد حسن غانم ٢٠٠٠) .

٦ - ما الإجراءات التى يجب أن تتبع لزيادة وتكثيف دافعية المدمن الذى حضر للعلاج والتأهيل (بغض النظر عن الطريقة التى حضر بها) .

٧ - ما طبيعة الخدمة التى يجب أن نقدمها للمدمن خاصة شيوع (عدم الشفاء من الإدمان) بين كثير من المدمنين والعامة؟

٨ - وهل هذه الخدمة تهدف إلى إقلاع الشخص عن تعاطى المواد الأكرثر ضرراً واستبدالها بمواد مخدرة أقل ضرراً..أم أننا نسعى إلى (الإبراء) للتام من تأثير المخدرات على الشخص؟

(محي الدين احمد حسين ٢٠٠٣ ، ص ص ٢٢-٢٧)

وغيرها من التساؤلات التى يطرحها محي الدين احمد حسين، وتتفق معه فيها..وفى غيرها من التساؤلات..والتى يمكن ان تستبدلها جميعها بهذا للتساؤل؟



هل يوجد فى مصر مستشفى (حكومى أو خاص) يقدم الخدمة العلاجية والتأهيلية لمدمن المخدرات ، مع الأخذ فى الاعتبار أن هذا المستشفى الخاص يقتضى توافق عديد من الإمكانيات المادية والبشرية..والعمل بروح الفريق أم أن الأمر مجرد شعارات ؟!

الاهداف الاستراتيجية لبرامج التأهيل: وتختلف الأهداف الاستراتيجية وفقاً لطبيعة المشكلة- للشخص المراد تأهيله- لطبيعة المجتمع ، الذى نعد الشخص للاندماج فيه .

وفى حالة تأهيل المخدرات تكون الأهداف الاستراتيجية هى:

١ - الوصول بالشخص إلى التوقف التام عن تعاطى المخدرات والاستمرار فى التعافى .

٢ - التأمين التام على دافعية المتعاطين إلى الإبراء من المخدر ، وعدم الاعتماد عليه من خلال أنشطة وهوايات جديدة .

٣ - الالتزام التام بمجموعة صارمة من القواعد المنظمة لسلوك المتعاطى فى النشاطات الحياتية المختلفة ، مع وجود نظام صارم للإثابة والعقاب يطبق بلا أدنى استثناءات .

٤ - محض المفاهيم الذاتية للمتعاطى وتصوراته المبررة للتعاطى ومبررات الإنكار .

٥ - تهيئة المتعاطى وإعداده لمرحلة الدمج فى الإطار الاجتماعى بعد المرور للموقف بخبرة التأهيل فى جوانبها المختلفة، من خلال مهمتين أساسيتين هما:

أ - إعانة الفرد على التغلب على أوجه القصور، التى يمكن أن تكون قد لحقت بقدراته ومهاراته المختلفة نتيجة المرور بخبرة التعافى ، من خلال التوجيه والإرشاد المهنى ، بل وتدريب الشخص على مهنة جديدة تتفق وقدراته والراهنه .

ب - إتاحة الفرصة للمتعافى فى أن يجد سبيله إلى ممارسة الأدوات المنوطة به، فى الحياة الاجتماعية وتشجيعه على ذلك ، وأن يتعلم أو ندره على مواجهة أى صغوط جديدة قد يتعرض لها فى بيئته .

(محر الدين أحمد حصين ، ١٩٩٥ ، ص ص ٢٦٧-٢٦٨) .

(أ. لافندر. ف. ن. وائس ، ٢٠٠ ، ص ص ٥٥١-٥٦٤) .

### خطوات التأهيل الاجتماعي:

- ١ - تحديد وحصر الافراد الذين يحتاجون الى خدمات التأهيل.
  - ٢ - أخذ الحالة الصحية ، والتشخيص الطبى للشخص الذى نرغب فى تأهيله فى الاعتبار.
  - ٣ - العمل على أن يكتشف الفرد قدراته ومهاراته ، والعمل على الاستفادة منها لتحريير ذات الفرد.
  - ٤ - استعادة الطاقة البدنية للفرد حتى يتسنى له تحقيق الأداء الاجتماعى.
  - ٥ - تدريب الفرد على ألوان متعددة من للمناشط الاجتماعية ، التى تتناسب مع حالة الفرد البدنية والنفسية والفعلية.
  - ٦ - ضرورة أخذ (الخدمات المساعدة) التى قد تتطلبها عملية التأهيل فى الاعتبار كنفقات الإقامة، والانتقال، أو توفير بعض الأجهزة التعويضية التى قد يحتاجها الفرد.. إلخ ، من هذه الخدمات.
- (ناظك عفيفى، ١٩٩٣، ص ٣٨) .

### تأهيل المدمن اجتماعيا:

- لا بد من الأخذ فى الاعتبار أن المدمن من خلال الإدمان قد (همش) دوره الاجتماعى، بل انسحب من كثير من الأنشطة الاجتماعية.
- وهنا يستدعى الأمر (فحص) تلك العلاقات (لأن بعض هذه التفاعلات) قد يفرده لى التعاطى ، وقد يجعل مسألة (التعافى يسيره) .وهنا لا بد أن نفحص:
- شكل العلاقات الأسرية .
  - أساليب التنشئة الاجتماعية السائدة .
  - من بيده مقاليد السلطة والقيادة فى الأسرة .
  - هل الأسرة تحدد الأدوار أم أن هناك (فوضى) فى مثل هذه الأمور .
  - طبيعة العلاقة (أو العلاقات السائدة) بين أفراد الأسرة .
  - أساليب (العقاب واللوم والتأنيب) السائدة .
  - أساليب (التدعيم والمساندة) السائدة .
  - شكل التفاعلات الأسرية .

- ما مدى توافر (الإشبعات) داخل الأسرة فى مقابل عدم توافر بعضها الآخر؟  
 وإذا كان (المدمن) طالباً فى الدراسة ، فيجب أيضاً تناول الجانب أو المؤسسات التعليمية فى هذا السياق..وكيف كان (يتفاعل) هذا الشخص معه ؛ إذ إن المشكلة أننا نطمح جميعاً أن كثيراً من طلاب المرحلة الثانوية ينظمون فى حلقات الدروس الخصوصية حيث (تنداح) للحدود ما بين المدرس (كسلطة تعليمية وتربوية واجتماعية) وبين الطلاب.. لدرجة أن كثيراً من الطلاب قالوا لى إنهم يتبادلون تدخين السجائر ، والسندوتشات واللكات مع مدرسيهم أثناء إعطائهم الدروس الخصوصية..ومنهم من ذكر أكثر من ذلك بأنه كان يجلس (إبان فترة الصيف) مع مدرسه فى المقهى لكى يلاعبه (عشرة طاولة أو دوميون) ، ناهيك عن تبادل الأدوار ما بين (الفوز-الهزيمة-التعادل) ..ومنهم من ذكر أكثر من ذلك من خلال جلب امرأة داعرة له أو لهما معا.. وهى أمثلة لا يستبعد تصديقها فى وقت اشددت فيه (الرغبة لدى الأسر) أن ينظم أولادها فى الدروس الخصوصية ، وأيضاً فى الوقت نفسه قد حم كثير من المعلمين الصراع لصالح (المال) .. مفضلين أن (الوقوف ، والاحترام) والتبجيل يقتصر فقط على أبيات الشعر للشهيرة ، والتي تقف بدورها عاجزة أمام طغيان المادة ، والتهاب الأسعار، وضرورة الركض وراء الأساسيات والكماليات. أيضاً إذا كان المدمن (يعمل) ..فلا بد أن هذا العمل يطرح عدداً من التساؤلات ..وهل هذا العمل كان يتم بصورة منتظمة أم من قبيل الوجاهة الاجتماعية ،.. لأن عدداً من الدراسات كشفت عن الآتى:

١ - اتضح من الدراسات التى تمت فى نيويورك على مدمنى الهيروين ، وهم فى سن الأربعين من العمر ، أن ٨٠٪ منهم كانوا عاطلين فى ٨٠٪ من حياتهم ، كما اتضح أيضاً أن ما بين ٦٥٪ و ٨٥٪ منهم لا يعملون .

٢ - ان ثمة مظاهر معينة تكشف عن علاقة الفرد بعمله ، وهى:

أ -عدم العمل بشكل متسق .

ب- عدم العمل فى الأغلب الأعم .

ج- العمل بشكل متقطع .

د- العمل بصفة عامة .

هـ- العمل بشكل متسق .

كما أن ثمة معانٍ تتصل بالعمل ، تبين حدود وزن العمل بالنسبة للفرد ، وهى:

أ-عدد أيام العمل فى فترة زمنية .

ب- نسبة الوقت المنقضى فى العمل.

ج- حدود الدخول للمأتى عن العمل.

(محمى الدين احمد حسين، ٢٠٠٣، ص ٧٨)

كما يمكن أيضاً للتأهيل أن يقوم بخصص (هوايات) للمدمن ، قبل أن يخرط فى الإدمان .. ويتم (استبصاره) او (إحياء) هذه (الهواية) مرة أخرى .. سواء أكانت هذه الهواية خاصة : بالرسم .. بالنحت .. بالزخرفة .. بالتمثيل .. بالتأليف .. بالقراءة .. إلخ ، أم تفصيل العلاقات والاتصالات الاجتماعية بين الأفراد (David. J et al, 1991, 822-879) ولذا يجب أن تشارك الأمرة فى مراحل التعافى (Revised, E , 1987) بل يمكن استخدام الأنماط الأسرية كمدخل علاجى .

(Thomas. C. T., 1991), (Payan, M., 1991), (Marc. G., 1994)

(فتحي عبد الواحد أمين ، ١٩٨٩ ) ، (سوسن عثمان عبد اللطيف ١٩٨٨ ، ص ١١-٤٠) ، (منيرة مصطفى فتحي، ١٩٩٨ ، ص ٢٣٢-٢٩٤)

الأهداف التكتيكية لبرامج التأهيل : وتكاد تكون واحدة فى جميع المجالات وتهدف إلى تحقيق :

- ١ - - إنباء مهارات الفرد للشخصية والاجتماعية تجاه الآخرين .
- ٢ - إنباء اتجاه الفرد الإيجابى حيال للصحة العامة ، لأن المتعاطى يهمل فى صحته البدنية ، بل ويسعى إلى تدميرها من خلال الاستمرار فى فعل التعاطى (السابق) .
- ٣ - إنباء الاتجاه حيال الأنشطة الترويجية الإيجابية ، وأن هناك عديداً من المواقف أو العلاقات ، التى يمكن أن تثير سعادته دون مخطر .
- ٤ - إنباء الاتجاه الإيجابى حيال الوقت .
- ٥ - إنباء الاتجاه الإيجابى حيال المستقبل ، من خلال مساعدة المتعافى على وضع خطط مستقبلية أو إمكانية إحياء طموحاته ، التى كانت موجودة قبل الانخراط فى فعل التعاطى .
- ٦ - إنكاء الوعي بالآخر وأهمية الآخر بالنسبة للفرد .
- ٧ - انماء الاتجاهات المهنية والدراسية ، ومساعدته فى أن يحقق ذاته .

- ٨- إنماء الاتجاه الإيجابى حيال للقانون واحترامه .
  - ٩- إنماء الاتجاه الإيجابى حيال الذات كذات فاعلة ومؤثرة .
  - ١٠- إنماء الاتجاه الأسرى ودعم الروابط الأسرية .
  - ١١- إنماء الاتجاه الدينى بمفهومه الصحيح .
- (محيى الدين أحمد حسين ، ١٩٩٥ ، ص ٢٦٩ ) (سيد عبد الحميد مرسى، ١٩٧٦ ، ص ١٤٦ ) (ناظك عيسى عفيفى ١٩٩٣ ، ص ٣٦ : ٣٧ ) .

**مكان التأهيل :** إن المهتمين بقضية التأهيل يطرحون هذه القضية:  
أين يتم للتأهيل ؟ وما المكان الذى سيتم فيه للتأهيل؟ وما الشروط الواجب توافرها فى هذا المكان (كمقومات ودعائم) حتى نضمن نجاح البرنامج التأهيلي؟  
وتتفرع الإجابة عن التساؤلات السابقة في أمرين ، هما: اتجاه يؤكد (ولديه مبرراته القوية وحججه المنطقية) فى ضرورة أن يتم للتأهيل فى مكان له مواصفات خاصة، وشروط دقيقة ومدروسة وفق أسس علمية ثابتة ؛ حتى نضمن نجاح برنامج التأهيل.

والاتجاه الآخر يؤكد أصحابه رفضهم أن يتم للتأهيل فى مكان منعزل عن السياق الاجتماعى، ومن الأفضل أن يتم التأهيل فى إطار المجتمع الأكبر ؛ لأنه المكان الذى نعد فيه وإليه الفرد للتفاعل .

انظر على سبيل المثال:

- (George Deleon., 1999., pp. 395-430)  
(Alterman A *et al.*, 1993., pp. 150-162)  
(Deleong (ED) 1997) &(Barrh& Antes, D., 1981)  
(Graham. W . F & Wexler. H . K 1997., pp. 69-86)  
(Erich, G, 1999 , pp. 358-362)

ونتفق مع محيى الدين أحمد حسين على ضرورة أن يتم فى مصر التأهيل فى مستشفى حكومى ، له عديد من المواصفات والشروط (محيى الدين أحمد حسين ، ١٩٩٥ ، ص ٢٧٤-٢٧٦ ) بشرط أن يتوافر فى هذا المكان الشروط والأشخاص الذين يجب أن تتوافر من خلالهم وبهم الظروف والعوامل المهيئة لإنجاح

التأهيل ويرامجه ، إضافة إلى ضرورة إنشاء مجتمع علاجي- Therapeutic Community niy أو حتى معسكر علاجي Therapeutic Comping فى أى مكان فى صحارى مصر ، ويتم تدريب المتعاطين (والذين خسروا كثيراً من قدراتهم وتدهورت شبكة علاقاتهم الاجتماعية) حيث يتم تأهيلهم وتوجيههم وتدريبهم على عديد من المهن والهراريات ، التى تملأ فراغ سلوكيات التعاطى (والذى يسعى التأهيل إلى إزالتها وبحضنها) وإحلال سلوكيات مهن تكون مفيدة للشخص ، وتيساعده على إعادة الدمج مع نسيج المجتمع ؛ خاصة بعد أن حدث له ما يسميه الأستاذ الدكتور / مصطفى سريف الخلع dislocation (لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩٢ ، ص ٢٣٦) .

يجد المنتج لفكرة المجتمعات العلاجية Therapeutic Community بعض الدراسات وتخصيص بعض الفصول فى الكتابات الاجنبية عنها ، والتى بدأت فكرتها من منطق حقيقة أن التعاطى مرض مزمن ، ويحتاج إلى وقت وجهد طويلين سواء من جانب المتعاطى أو أسرته أو حتى من جانب الفريق العلاجى ، وأن الأبحاث التى تناولت بالدراسة مثل هذه المجتمعات العلاجية قد أوضحت نجاحها فى تحقيق تغيير فى سلوكيات الشخص للمتعاطى (سابقاً) ، كما سنشير لاحقاً .

ومن هنا جاءت فكرة المجتمعات العلاجية على أساس الاهتمام بالشخص المدمن أو للسرف فى تعاطى المواد المخدرة ؛ لأن التعاطى قد يكون عرضاً ضمن زملة من الأعراض ، التى تقصح عن أننا بصدد شخصية تورطت فى تنمية ودعم نمط معتقد من سوء التفريق محوره الاعتماد على مادة مخدرة . (لجنة المستشارين العلمى ، ١٩٩٢ ، ص ٢٤٠) .

ولسنا بصدد الحديث عن كيفية ظهور مثل هذه الفكرة ، وأين بدأت .. لكنها بدأت تاريخياً فى الولايات المتحدة ، ويدعم من المركز العالمى للمخدرات (NARA) عام ١٩٦١ ، (How RD, A., 1999 p. 182)

ومن خلال مجموعة من اللاءات، إن جاز التعبير من حيث:

- لا للمخدرات.

- لا للمراوغة .

- لا لآلية سلوك عنيف Violence .

- لا لآلية سرقات.

- لا للجنس .

- لا لأى وعدو Premission نقطعها على نفسك تجاه الآخرين , (Erich, G , 1999, p. 358)

- وإن العلاج يقوم على مجموعة من الأسس:

- العلاج البيونفسى اجتماعى Biopsychosocial .

- مساعدة الشخص لنفسه .

- الانضمام الى جماعات الدعم للذاتى (A .A) (N.A)

- الانضمام الى العلاج النفسى الجمعى.

- المحافظة على استمرار التعافى.

- تجنب أية علاقات أو سلوكيات قد تقود الشخص الى الانتكاسة .

- أن يكون للمدمن Responder أى (كفيل -إن جازت الترجمة) يصارحه بأية مشاعر أو سلوكيات ، قد تقوده الى الانتكاسة (وهذا الكفيل متعاظم سابق إلا أنه فى حالة تعافى الآن) .

- اتباع الاثنتى عشرة خطوة Twelve steps لجماعات المدمن الكحولى المجهول (A.A) (N.A) ؛ خاصة أن تحليل محتوى الخطوات الاثنتى عشرة يجد فيها البعض أنها تركز على العلاقة بالله ومحاسبة الذات، ومساعدة الغير (انظر محمد محمد سيد خليل وآخرين ، ١٩٩٤ ص ٦٠٠) .

- التدريب على تعديل السلوك.

- الاهتمام بالوقاية الصحية والمحافظة على الصحة الجسمية .

- التعامل مع الحالات التى تعاني من الإيدز AIDS ، أو نقص المناعة المكتسبة HIV .

- إمكانية الإرشاد المهنى Occupational Counselling من حيث الأخذ فى الاعتبار اختيار الوظيفة الملائمة ، ووضع الشخص (المتعاظم السابق) والأحوال السائدة الآن فى سوق العمل .

- إمكانية التوجيه المهنى Occupiona guidance من حيث الموازنة بين ما يمتلكه للشخص من إمكانيات وقدرات ، ثم توجيهه إلى العمل الذى يتناسب وهذه القدرات التى يمتلكها المدمن (لناقه) فى الوقت الراهن .

- إمكانية التدريب على وظائف مختارة training وفقاً لحالة المدمن في الوقت الراهن.

- المتابعة والتقييم Evaluation

انظر :

(لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩٢ ، ص ص ٢٤٠-٢٥٠)

(Howard, A., 1999., pp. 171-203) & (Erich, G., 1999., pp. 358-380)

، (فيكتور سامى ، ١٩٨٩ ، ص ص ١٥٧-١٦٠) ، (المدمنون المجهولون ، ب ت) .

والتساؤل عن سبب حضوره وهل قدم فعلاً لأنه فى حاجة إلى التعافى، أم أنه قدم بغرض تحقيق عديد من الأهداف والكاسب الأخرى.

(Edgar. P. N, 1992) & (Donal. D.W, 1992)

دور اخصائى التأهيل :

حيث يركز فى التقييم على جوانب: هرايات للشخص التى كانت موجودة لديه قبل إنخراطه فى التعافى، وكيف يقضى أوقات فراغه فى الوقت الراهن، وما ميوله وجوانب اهتماماته الحالية، وما الأعمال التى كان يؤديها قبل التعافى ، وإمكاناته فى الوقت الراهن للعودة إلى العمل السابق نفسه وإمكانات توجيه الشخص (للناقه جاليا) إلى عمل يتفق مع قدراته الحالية ، أو إمكانية تدريبيه على ممارسة الهوايات التى يجد فى ممارستها لها سعادته ؛ مما يتيح له أن يحيا سعيداً دون مخدر.

تلك كانت باختصار أبرز تخصصات أعضاء الفريق العلاجى فى التقييم ، مع الأخذ فى الاعتبار إمكانية إدخال تخصصات أخرى ، مثل: أخصائى فى التغذية وممرض مؤهل للتعامل مع حالات التعافى. ولكن ينبغي لنا قبل أن ننهى فى عجلة مسألة التقييم أن نتعرض لدرء: مرشد التعافى فى الفريق العلاجى ، وهل تصلح تدخلاته العلاجية خاصة القائمة على الاثنى عشرة خطوة Twelve steps ، ومدى مناسبة ذلك لواقعنا الحضارى؟

والواقع أن مثل هذه الخطوات الاثنى عشرة قد أثارت عديداً من جوانب الجدل بين أعضاء الفريق العلاجى.

وقد أسفرت المناقشات عن وجود ثلاثة اتجاهات:

الاتجاه الأول : يرى أنه من خلال استعراض الخطوات الاثنى عشرة ، يجد أنها جميعاً تتعلق بالعلاقة بالله إيماناً به وتوكلاً عليه، واعتراضاً له، أو استعداداً



لتلقي معونته، أو دعاء له، أو صلاة لتدعيم الصلة به عز وجل ، وكذا محاسبة الذات ، ومساعدة الغير نتيجة للصحة التي يكون المدمن المجهول قد حققها خلال الخطوات السابقة ، وأن اللذين قولاً وفعلاً إنما يمثل حجر الزاوية في هذا البرنامج ( محمد سيد خليل وآخرون ، ١٩٩٤ ، ص ٦٠٠ ) .

الاتجاه الثاني: محاولة إعادة صياغة الخطوات الاثنتى عشرة ؛ حتى تتفق مع واقع ديننا الإسلامى ، فالخطوة الأولى مثلاً تنص على: اعترفنا لأنفسنا ولشخص آخر بإدماننا قد تم تغييره إلى:

اعترفنا لأنفسنا ولله .... ( لطفى فطيم ١٩٩٥ ، ص ص ١٩١-١٩٩ ) ، ونظن أن المشكلة ليست فى حذف كلمة وإضافة أخرى ، بل هى طريقة علاجية لها فلسفتها الخاصة.

الاتجاه الثالث: رفض هذا الاتجاه فى العلاج والتأهيل مستندين إلى أن هذه الطريقة لا تتناسب وقيمتنا الحضارية ؛ خاصة تكرار مفهوم الاعتراف عبر الخطوات الاثنتى عشرة.

بيد أن موقفنا من هذه القضية يتلخص فى أمرين:

الأول: ضرورة أن نفتتح المجال للاستفادة من كافة الاجتهادات العلاجية والتأهيلية لمواجهة مشكلة التعاطى ؛ خاصة أن عملية التأهيل والعلاج فى مجال العلاج والتأهيل متشابكة وتحتاج إلى مزيد من تعدد الجهود والمثابرة.

الثانى: أن هذه الطريقة ، وإن كانت قد نبعت فى الغرب ومشبعة بثقافته ، فلماذا لا نأخذ منها ما يتناسب مع عاداتنا وتقاليدنا دون التسرع بالرفض.

٢- مرحلة تشخيص المشكلات النفسية الاجتماعية للمتعاطى:

بعد خطوة للتقييم تأتى الخطوة الثانية ، وهى:

التشخيص Diagnosis حيث يتوصل الأخصائى النفسى الإكلينيكى إلى تحديد مشاكل المريض ، والتي نتجت أو رافقت أو كانت السبب فى إدمان المدمن، وما لم يتم التعامل-من الأساس- مع هذه المشاكل ، فسوف تستمر الانتكاسات، بل إن الركيزة الأساسية لاختيار نوع المادة المخدرة ، هى العوامل للشخصية المرضية لدى متعاطى المخدرات

انظر :

(Erich, Goad., 1999., pp. 349-380)

(ميخائيل جوسوب، ٢٠٠٠ ، ص من ٤٤١-٤٤٢)

ويقدم لنا مونرو ١٩٩٢ ستة عناصر أساسية ، يتم في ضوءها النظر إلى المشكلة وكيفية التعامل معها- خاصة تلك المشاكل المترابطة مع الإدمان . وهي:

١ - احتمال أن تتواجد عناصر المخاطرة للإدمان بدرجة كبيرة ، سواء في الاضطرابات النفسية المصاحبة للإدمان ، سواء أكانت هذه المشاكل تصنف وتشخص ، في المحور الأول أم الثاني الخاص باضطرابات الشخصية ، ووفقا للتشخيص الأمريكي الإحصائي الرابع . (DSM IV, 1994) مثلا .

٢ - أن تقدم برامج علاجية وتأهيلية مناسبة للمدمنين ، الذين يعانون من اضطرابات نفسية مصاحبة لإدمانهم .

٣ - أن تفسر الاضطرابات النفسية كنتيجة للإدمان .

٤ - حدوث بعض الاضطرابات النفسية أثناء التعامل مع الأعراض الانسحابية Withdrawal symptoms .

٥ - تواجد كل من الاضطرابات النفسية والتعاطي في وقت واحد ، وأن يستمر ذلك ومعاً لفترة طويلة .

٦ - تواجد كل من الاضطرابات النفسية والتعاطي معاً لدى الأشخاص ، ودون وجود أى علاقة بينهم (Monro, A., 1992., pp. 232-240)

وعموماً .. فإن عديداً من المدمنين يعانون من المشكلات الآتية:

- القلق الشديد .

- الاكتئاب .

- نقص المهارات الاجتماعية .

- عدم القدرة على حل المشكلات .

- نقص في توكيد الذات .

- الاعتمادية والميلية .

- المخاوف الاجتماعية .

- العجز عن اتخاذ القرارات.

- عدم القدرة على تحمل المسؤولية.

- عدم القدرة على التعبير عن الغضب.

- الاحساس بالدونية.

وغيرها من المشكلات والتي قد نجد واحدة من هذه المشكلات- أو غيرها- أو أكثر من مشكلة يعاني منها المريض المدمن، وبما أن دوافع المتعاطى تكون متعددة ومختلفة، إذا لابد من الأخذ فى الاعتبار تعدد الأسباب النفسية والاجتماعية الدافعة إلى التعاطى.

وقد يتوصل الأخصائى الاجتماعى بدوره إلى تشخيص عديد من المشاكل الاجتماعية للمتعاطى، مثل:

١- موقف الأسرة من المتعاطى فى الوقت الراهن : هل هو الرفض أم الطرد أم النبذ أم التقبل والمساندة؟

٢- للفرص التى ملحتها الأسرة للمتعاطى ، واسباب انتكاسته فى كل مرة، وبالتالي مزيد من التدهور فى ثقة الأسرة به .

٣- واقع المتعاطى فى الوقت الراهن فيما يتعلق بالعمل ، وهل فصل من العمل أم أن هناك محاولات لإلحاقه ببعض الأعمال الخاصة .

٤- واقع الحالة الاجتماعية للمتعاطى ، وهل وصلت الخلافات إلى الطلاق وما موقف الأبناء من تعاطيه فى الوقت الراهن.

٥- تأثير شبكة العلاقات الاجتماعية على تعاطيه أو انتكاسته أو استمرار تعاطيه.

٦- مدى استعداد الأسرة فى تقبله ومدى استعدادها للمشاركة فى خطوات العلاج والتأهيل ؛ ذلك لأنه على سبيل المثال ذكر عديد من المراجع ديناميات الأسرة، والأدوار التى يمكن أن تساهم من خلالها فى تأهيل المتعاطين ؛ خاصة ما أكدته سلفادور مينوشن *Silvador Minuchin* وجاى هالى *Jay Haley* (1980) حيث إن الإدمان قد يقود إلى عدم تكيف أعضاء الأسرة، وإلى خلل فى شبكة العلاقات والاتصالات الاجتماعية بين الأفراد .

تلك كانت من وجهة نظرنا-ومن خلال اطلاعنا على العلاج الحق وإعادة التأهيل للمدمنين- فى الحقائق الإحدى عشرة ، والتي يجب أن يعرفها كل عضو من أعضاء الفريق العلاجى ، الذى يتعامل مع الإدمان والمدمنين من خلال التأهيل.

### خطوات إعداد البرنامج التأهيلي لمدمنى المخدرات :

لكى نتعامل مع مشاكل متعاطى المخدرات بصورة علمية وموضوعية .. فإن ذلك يتم من خلال برنامج تأهيلي ، لا بد أن يشمل على الخطوات الآتية:

#### ١- المعلومات الأساسية اللازمة لإعداد البرنامج:

لا بد أن تتوافر لدى القائم بتصميم البرنامج مجموعة من المعارف والمعلومات والبيانات، وفى حالتنا تلك يجب أن تتوافر المعلومات الآتية عن:

- نوع للمخدر أو المادة النفسية الأكثر استخداماً.
- الأنماط السائدة للتعاطى فى المجتمع.
- التكرار (كم مرة فى وحدة زمنية معينة ، ولكن الأسبوع مثلاً).
- أسلوب التعاطى (التدخين / البلع / الشم / الحقن / الاستحلاب مثلاً).
- المدة (عدد للشهور أو السنوات منذ بدء التعاطى حتى الآن).
- دوافع العلاج، وهل تم بالإجبار أم بالاختيار، عدد مرات التردد للعلاج؟
- الأسباب التي تؤدي إلي الانتكاس عقب المرور بتجربة العلاج.
- الأهداف التي نسعى إلى تحقيقها.

#### ٢- اخلفية النظرية/وفرص التدريب اللازمة للقائمين على برامج التأهيل:

لا بد من توافر خلفية نظرية أساسية للأشخاص ، الذين يعملون فى مجال التأهيل النفسى/ الاجتماعى لمتعاطى المخدرات ، مثل:

- دراساتهم الأكاديمية.
- فرص التدريب التي أُتيحت لهم.
- اتجاهاتهم نحو التعاطى والمتعاطين.
- توافر درجة لا بأس بها من السواء لديهم.
- درجة دافعتهم للعمل فى برامج التأهيل.

٣ - إعداد البرنامج: ويشتمل هذا الجانب من تصميم البرنامج على ضرورة أخذ الآتى فى الاعتبار :

أ - هدف البرنامج ومحتواه: وفى حالتنا هذه يكون تأهيل متعاطى المخدرات (الناقه) والمحافظة على استمرار تعافيه ، ومنع الانتكاسة أو أية علامات قد تقود إليها .

ب - بنية البرنامج: مثل:

- مدة البرنامج .

- عدد الجلسات .

- طبيعة الفنيات أو العلاجات التى ستستخدم (ليس من حيث درجة إجادتها ولكن من زاوية أخرى مهمة ، هى مدى مزاميتها لحالة متعاطى المخدرات (الناقه) وتجاوبه معها .

- محتوى كل جلسة .

- زمن كل جلسة .

- المكان الذى سيتم فيه للتأهيل ، هل:

أ - داخل المستشفى .

ب - أم من خلال ترده على وحدة الرعاية اللاحقة .

٤ - إجراءات تنفيذ البرنامج:

- تحديد محتوى كل جلسة بالتفصيل .

- وضع تصور لكيفية للتنفيذ .

- التكثيف أو الفدية التى ستطبق كل جلسة .

٥ - تقويم البرنامج: من خلال:

أ - القياس القبلى للمتغير التابع (اللغة إلى الإدمان مثلاً Carving أو سلوكيات معينة ، كانت تضرر بالشخص ، وتجعله يستمر فى الإدمان (قلق/ اكتئاب/ عدم توكيد الذات/ خجل/ مخاوف/ عدم القدرة على حل المشاكل واتخاذ القرارات ...إلخ) .

ب- القياس البعدى للمتغير التابع ، ومقارنة نتائج القياس القبلى بالبعدى، ويمكن بعد ذلك وضع تعديلات (أو الاستمرار) فى البرنامج.

٦- النتائج النهائية: حيث سيتم تحليل نتائج التقييم النهائى للبرنامج ، وسوف يكون أمامنا محوران:

الأول: نتائج إيجابية: حيث إن الأفراد ظلوا مثلاً محافظين على استمرار تعافيتهم، وأن هذا التماضى (أو التغير فى السلوك) قد انتقل إلى مجالات أخرى من شبكة العلاقات الاجتماعية.

الثانى: نتائج سلبية: مثل حدوث (سقطه) Lapes أو انتكاسة Relapes وقد تجعلنا مثل هذه النتائج نعيد النظر فى محتوى البرنامج ، بما يتناسب مع عديد من الجوانب ، التى نكون قد أغفلناها عند التصميم الأول للبرنامج.

تلك باختصار كانت خطوات التأهيل النفسى الاجتماعى لمتماضى المخدرات.  
(Richard, V., 1991)

ولعل أهم مشكلة سنواجهها فى العلاج والتأهيل هما:

- الإنكار.

- وخريطة الانتكاس.

وغيرها من الأمور ، التى قد تظهر إبان المرور بتجربة التأهيل بشقيه النفسى والاجتماعى .

## التأهيل النفسي الاجتماعي من واقع الدراسات الميدانية

### أ - الجهود العربية في مجال التأهيل النفسي الاجتماعي:

تعد دراسة ثريا عبد الرؤوف جبريل (١٩٧٤) عن : الخدمات التي تقدمها الجمعية المركزية لمنع المسكرات ومكافحة المخدرات ، من الدراسات المبكرة التي حاولت تقييم تجربة الجمعية المركزية لمنع المسكرات ومكافحة المخدرات في العلاج؛ حيث اختارت عينة عشوائية من متعاطي المخدرات ، المترددين على الجمعية من خلال استخدام أسلوب المسح الاجتماعي ، ومن خلال تطبيق استمارة مقابلة لجمع البيانات عن المتعاطين ومقابلة مع العاملين بالجمعية . وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج ، منها: أنه لا توجد نظرية موحدة يمكن الاستناد إليها في تفسير الظواهر الاجتماعية، ووجود قصور واضح في الخدمات الاجتماعية داخل الجمعية، وكذا أيضاً يوجد قصور في ميزانية الجمعية مما لا يساعدها على تحقيق أهدافها، وقد انحصرت مقترحات المدمنين في ضرورة توفير كل من للخدمات الطبية والترفيهية والإعانات الاقتصادية وتوفير العمل (ثريا عبد الرؤوف جبريل ، ١٩٧٤) . ونظن أن هذه الانتقادات مازالت قائمة حتى الآن ، بل وتزايدت ، كما أن هذه الجمعيات غير مؤهلة للتعامل مع مدمني مخدرات معينة (مدمني الهيروين مثلاً) .

ثم تأتي دراسة طه عبد العزيز الديب (١٩٨١) عن ممارسة العمل مع الجمعيات في محيط الخدمة الاجتماعية وتنمية القيم الاجتماعية لمدمني الأفيون؛ حيث هدفت الدراسة إلى التوصل إلى نموذج تطبيقي مقترح لممارسة العمل مع جماعات من متعاطي المخدرات، وكذلك التوصل إلى نموذج تطبيقي مقترح لدور الأخصائي الاجتماعي في مساعدة المترددين على المؤسسات الرعاية الخاصة بالمتعاطين . ومن خلال تطبيق المنهج التجريبي ، أظهرت النتائج تحسناً في تنمية القيم الاجتماعية من حيث الصدق والإيمان ، وتحمل المسؤولية لدى العينة التجريبية المدمنة (طه عبد العزيز الديب ، ١٩٨١) ، بيد أن الإقلاع لا يكون بالكلام-كما فعل مدمنو العينة، بل برصد عديد من التغيرات التي حدثت في عديد من جوانب ومهارات التعامل بين متعاطي المخدرات والآخرين ، وهو ما لم يتم .

ودراسة عبد الكريم العقيفي معوض (١٩٨٨) عن : مدى فاعلية أسلوب السواعد في خدمة الفرد في علاج مشكلات الإدمان، كأحد الأساليب الحديثة في خدمة الفرد في مجال علاج المدمنين بالمؤسسات الاجتماعية . وقد أسفرت النتائج عن زيادة إدراك العميل لمشكلاته وأبعادها في المجموعة التجريبية عن الضابطة ، وعند

درجة ثقة ٨٠٪ ، وأن التدخل بواسطة أسلوب السواعد قد أدى إلى زيادة إحساس العميل بالمشكلة وخطورتها مما دفعه إلى العلاج، كما اتضح ضعف تأثير أسلوب السواعد في زيادة إيجابية العملاء خلال المقابلة مع الأخصائى الاجتماعى أو الاستجابة لملاحظاته (عبد الكريم العفيفى معوض، ١٩٨٨) .

ولم يوضح لنا الباحث أسباب هذا التناقض فى النتائج ؛ إذ كيف أن استخدام أسلوب السواعد قد أدى إلى إحساس المدمن بخطورة مشكلته فقدم إلى العلاج ، وفى الوقت نفسه كان ضعيف التأثير أثناء مقابلة المدمنين مع الأخصائى الاجتماعى وعدم تنفيذ ملاحظته ، مع أن هذا الأسلوب قد تم تطبيقه من جانب مجموعة أغلبهم من الأخصائيين الاجتماعيين فى إحدى المؤسسات الاجتماعية ١٢ .

ودراسة محمد مدحت أبو بكر الصديق (١٩٩١) عن : فاعلية العلاج الأسرى فى خدمة الفرد فى علاج العائدين إلى إيمان الهيروين ، وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسة العلاج الأسرى فى خدمة الفرد، وتحسين الاتصالات لدخل أسر العائدين إلى إيمان الهيروين (محمد مدحت أبو بكر الصديق، ١٩٩١) .

وتأتى دراسة (ناظك عيسى عفيفى، ١٩٩٣) عن : العلاقة بين ممارسة فريق العمل مع للجماعات والتأهيل الاجتماعى للمدمن، حيث اختارت (٣٠) مسجوناً من المدمنين فى سجن طره للبلاد، وقسمتهم إلى مجموعتين بواقع (١٥) سجيناً فى مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة، وقد استمرت لمدة (سنة) أشهر ، تطبق البرنامج مع المجموعة التجريبية فقط ، من خلال الأنشطة : الرياضية والثقافية والفنية والمناقشات الجماعية، مستخدمة القياس القبلى والبعدى . وبالفعل توصلت إلى وجود تغيرات طرأت على سلوك أعضاء المجموعة التجريبية نحو التأهيل الاجتماعى .  
للسجين المدمن (ناظك عيسى عفيفى، ١٩٩٣) ، على الرغم من أن الباحثة فى أكثر من موضع فى رسائلها تذكر عدداً من العقبات والصعوبات وعدم التعاون أحياناً من قبل إدارة السجن فى تنفيذ برنامجها التأهيلي . كما أن عملية التأهيل نفسها تحتاج إلى عدد من الصوابط والخطوات؛ خاصة ضرورة تدريب العاملين فى السجن على كيفية التعامل مع متعاطى المخدرات المسجونين، وهو ما افتقدت إليه هذه الدراسة وغيرها .

وقامت صفاء خريبة (١٩٩٨) بدراسة مجموعة من المدمنين بواسطة العلاج النفسى الجمعى بالتحليل النفسى فى علاج مشاعر الذنب والخزى لدى مرضى الإدمان، وقامت بتطبيق مقاييس : مراجعة الأعراض وتقدير الشخصية قبل وبعد



للتعرض للعلاج، وقد أشارت النتائج إلى خفض معدلات الانفعالات السلبية وأن المشاركين قد أظهروا تحسناً تدريجياً في مستوى تقدير الذات والثبات الانفعالي والنظرة الايجابية للحياة، مع خفض في معدلات درجات الاكتئاب والوسواس القهري والحماسية في العلاقات الشخصية المتبادلة والقلق والأعراض الجسمانية (صفاء خريبة، ١٩٩٨) .. إلا أنه يؤخذ على هذه الدراسة عدم متابعة هؤلاء المدمنين لفترة كافية، ورصد كافة معدلات التحسن في العلاقات الأسرية والعمل، وأن التغير في درجات الاختبارات لا يعد مؤشراً كافياً للحكم على التحسن.

ودراسة محدث عبد الحميد أبو زيد (١٩٩٨) عن الفروق بين ذوي العلاج الداخلي والعلاج الخارجي من معتمدى الهيروين في بعض المشكلات المتعلقة بالعلاج النفسي الجماعي، حيث قام بدراسة مجموعتين من المدمنين مجموعة انتهت لتوها من علاج الأعراض الانسحابية، والمجموعة الثانية تتردد على العيادة الخارجية، وقد أشارت النتائج إلى تحسن في نتائج المجموعة المترددة خارجياً (محدث أبو زيد ١٩٩٨، ص ص ٢٠٩-٢٩٣)، وأن لفواصل الزمنى هنا مهم جداً وقد تم إغفاله في المقارنة.

وفي دراسة لعبد الله عسكر، بطوان، فعالية السيكيودراما ولعب الأدوار في علاج مرضى إدمان الهيروين من نزلاء المستشفيات، في برنامج علاجي بالسيكيودراما بمستشفى أمل الرياض؛ حيث شارك (٦٠) مريضاً لمدة ستة أشهر، كشفت الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين جماعة المدمنين المشاركين وغير المشاركين في تحسين للعالة للوجدانية والاستبصار والمهارات الاجتماعية، إضافة إلى تزايد القدرة على التعبير الانفعالي والتفاعل الاجتماعي وتخفيف مشاعر القلق والاكتئاب ومشاعر الخزي والذنب لدى المشاركين (Asker, 1996).

ودراسة للباحث محمد حسن غانم عن : برنامج علاج نفسى لمدمن يعانى من اضطرابات جنسية وانخفاض مستوى تركيز الذات .. وقد سبق الإشارة إلى نتائج هذه الدراسة (محمد حسن غانم ٢٠٠١، ص ص ٢٧٨-٣٠٦).

#### ب- الجهود الاجتنبية فى مجال التأهيل النفسى الاجتماعى

من خلال مسح للتراث الاجتبى الخاص بهذا الجانب، لم نعرز—أيضاً على كم كاف من الدراسات التى تناولت جانب التأهيل، إلا أنها كانت دراسات جادة وفى (صلب) الموضوع؛ إذ تأتى دراسة نيكهومان وآخرين 1998، Teichman, M et al، عن تأهيل مجموعة من المسجونين المدمنين، وثقت الدراسة فى أحد السجون

الإسرائيلية، وقد نص البرنامج على تكنيكات متعددة من العلاجات النفسية والاجتماعية ومشاركة أسر هؤلاء المدمنين في البرنامج العلاجي، وقد أثبتت التقييمات النهائية وجود تحسن في سلوكيات هؤلاء المدمنين، انعكست في علاقاتهم الجيدة مع الآخرين.

(Teichman, M *et al.*, 1998., pp. 59-70)

ودراسة برنامج لتأهيل مجموعة من المتعاطين الناقهين بواسطة إلحاقهم بأعمال خاصة بالزراعة وتنسيق الزهور، وقد أكسبهم العمل مزيداً من المهارات الشخصية Skills Perisones، والتي أمكن تطويرها لديهم بعد تأهيلهم اجتماعيات ومهنياً في مثل هذه الأعمال، وكانت هذه العينة من المتعاطين تعاني من مجموعة متشابهة من المشاكل الاجتماعية والتي نتجت عن التعاطي.. إلا أن العمل في مجال تنسيق الزهور Horticultural كان تأهيلاً علاجياً لهم.

(Rice *et al.*, pp. 257-284)

ودراسة بوند بيتر 1988 Bond-Peter عن إجراءات إعادة تأهيل مجموعة من متعاطي المخدرات في أحد السجون بالمملكة البريطانية، من خلال تطبيق برنامج التأهيل والالتزام بينوده.. أن (أثاروا) دافعية المدمنين/ المسجونين نحوه، وقد أدى الالتزام بهذا البرنامج إلى تحسن في سلوكيات هؤلاء المدمنين المسجونين (Bond-Peter 1998., pp. 83-88)

(Cunnighn, J *et al.*, 1998., pp. 167-177)

ودراسة (Teichman, M, *et al.*, 1998)، والتي تناولت بالتأهيل مجموعة من المسجونين المتعاطين في بعض السجون الإسرائيلية، وكان البرنامج ينص على ضرورة المشاركة في برنامج علاجي نفسي، إضافة إلى إقامة جلسات نفسية لأسر هؤلاء المتعاطين، إضافة إلى ضرورة تأكيد تواجد نماذج وقُدوة جيدة، يحتذى بها السمن المسجون. وقد أثبتت التقييمات النهائية وجود تحسن ملحوظ في سلوكيات هؤلاء المدمنين للمسجونين؛ مما انعكست في علاقاتهم الاجتماعية الجيدة مع الآخرين (Teichman, Meir *et al.*, 1988., pp. 59-70)، وتثير هذه الدراسة قضية ليس المهم المكان، بل مدى الجدية والدافعية في تنفيذ برنامج التأهيل ومن خلال فريق مدرب على ذلك.

ودراسة (Broch, U., *et al.*, 1999) حيث تم استعراض تجربة تأهيل نفسي لمتعاطين كانوا يعانون من اضطرابات اكتيائية حادة من نوع التشخيص المزدوج Dual Diagnosis، وقد تم تقسيم هؤلاء المدمنين إلى ثلاث مجموعات:

- ٣٥٣ من المتعاطين الذين ارتكبوا جرائم وانتهكوا القانون.
- ٤٩٩ من المتعاطين الذين لم يرتكبوا جرائم ، وليس لديهم مشاكل كبيرى مع التعاطى.

- ١٠٣ من المتعاطين الذين يتم علاجهم ، من خلال المنظور البيولوجى / النفسى الاجتماعى Bio-Psycho Social .

وقد أظهرت النتائج أن المجموعة التي تم استخدام الأسلوب العلاجي الشامل (Bio-Psycho Social) قد أظهرت قدراً أكبر من التحسن مقارنة بالمجموعتين الأخرتين ، والذين لم يتم التعامل معها وفقاً لهذا المنظور ., (Broch. U, et al., 1999, pp. 173-182) ؛ مما يؤكد حقيقة ضرورة التعامل الشامل مع قضية تعاطى المخدرات .

ودراسة روس وآخرين Rouse, et al., 1999 عن تأثير العلاج النفسى من خلال تطبيق اختبار الشخصية المتعددة الأوجه (الميلوسوتا) الصورة الثانية، ومن خلال تقسيم المتعاطين للكحوليين إلى ثلاث مجموعات:

- المجموعة الأولى وعددهم (٦٤) متعاطياً ، يعانون من مشاكل من النوع الكامن.
- المجموعة للثانية وعددهم ٦٨ من مسيلي الاستخدام.
- المجموعة الثالثة ضابطة (أى لم تعرض لأية علاجات نفسية) .

وكان متوسط الأعمار فى المجموعات الثلاث ٣٧,٧ عاماً ، وقد أظهرت النتائج تحسناً من خلال نتائج للتطبيق (للبعدى) لمقاييس الـ 2-Mmpi (Rouse et al., 1999, pp. 101-107) خاصة إذ أخذنا فى الاعتبار أن هذه الدراسة قد استمرت ما يزيد عن الأشهر الستة ، وهى فترة معقولة نسبياً تجعلنا نثق -إلى حد ما - فى مقدار التغيرات الإيجابية التى حدثت ، ولأن كان التغير فى نتائج الاختبارات غير كاف .

وفى دراسة لـ جروم وزملائه Jerome. D, et al., تم استخدام اختبار الشخصية المتعدد الأوجه-للصورة الثانية- على مجموعتين من المدمنين إحداهما تتلقى علاجاً وتأهيلاً نفسياً والأخرى تتلقى علاجاً طبياً فقط ، وتم تطبيق الاختبار قبل بدء البرنامج ، فلم يجدوا أى فروق تذكر بين المجموعتين حيث الدرجة المرتفعة على المقاييس ، وبعد تطبيق البرنامج العلاجي النفسى ، وإعادة تطبيق الاختبارات نفسها وجد انخفاضاً فى درجات للمقاييس الإكلينيكية فى المجموعة ، التى تلقت علاجاً نفسياً وتأهيلاً (Jerome. D et al., 2001, pp. 524-540) ؛ مما يؤكد أهمية التأهيل النفسى للمتعاطين .

وبدراسة ديميف وآخرين عن علاج المتعاطلين للمتنكسين بواسطة استخدام العلاج العقلاني المعرفي، وقد أفادتهم الجلسات العلاجية الجماعية في كيفية التعامل مع الاشتياق للمخدر Craving، وبالتالي منعت الانتكاسات، كما أن نتائج الجلسات العلاجية الجماعية قد انعكست نتائجها الجيدة في سلوك هؤلاء المتعاطلين، من خلال إظهارهم القدرة على كيفية التعامل مع عديد من المشاكل .. وبالتالي فإن ذلك قد مثل حصناً لمنعهم ووقايتهم من الانتكاسات

(Dimeff *et al*, 1998., pp. 513-525) Relapses Prevention

ذلك لأن الإيمان في جانب منه أفكار غير عقلانية مرتبطة به، ومن ثم فإن (محض) Dispute مثل هذه الأفكار قد ينعكس إيجابياً على الحالة الوجدانية ثم السلوكية بعد ذلك.

وبدراسة بنت وآخرين على مجموعة من المتعاطلين عددهم (١٣) رجلاً وامراًة وقد مروا بتجربة العلاج من التعاطي وقد استمروا في معسكر علاجي therapeutic camping؛ حيث مروا بخبرة عديد من البرامج العلاجية والتأهيلية وكيفية منع الانتكاسة. ومقارنتهم بمجموعة تعرضت فقط لبرنامج (منع الانتكاسة) عددهم (١٨) رجلاً وامراًة، وتم تطبيق استبيان قبلي وبعدي، ولم تظهر النتائج وجود أية اختلافات بين المجموعتين في أبعاد:

- علاقات التعاطي .
- التحكم الداخلي Locus of Control .
- الضغط Stress .
- مهارات حل المشاكل Problem Solving .

مع العلم بأن المعسكر العلاجي قد استمر فقط لمدة ثلاثة أيام، وعلى الرغم من ذلك وجد تحسن ملحوظ في المجموعة التي تعرضت لمجموعة من العلاجات النفسية؛ حيث إن ذلك شجعهم على الاستمرار في الانضمام بعد ذلك إلى جماعات الدعم الذاتي، والتي تهدف إلى أن يحيا الشخص دون مخدر.

(Mennet, *et al*., 1998., pp. 469-479)

مما يؤكد حقيقة أن المعسكرات ذات الفترات القصيرة قد لا تكون مجدية في التعامل مع حالات الانتكاسة.

وبدراسة يند وآخرين عن تأثير التردد على المعيادة الخارجية After Care من خلال مجتمع علاجي، منعت للدراسة مجموعة من المدمنين متنوعة الإدمان (٨٨١

مدمناً لأكثر من عقار ، ٦٢٨ مدمن كحوليات ، ٢٠٣ يستخدمون عقاقير طبية غير مصرح بها ، ١٢٥ يعتمدون على مواد نفسية أخرى) ، وقد أشارت النتائج إلى وجود تحسن لدى هؤلاء المدمنين ؛ خاصة المدمنين (الناقضين) ، والذين حرصوا على مواصلة البرنامج العلاجي ، وكذا استمرار الانضمام إلى جماعات الـ AA ، والـ NA ، حيث وضعوا لأنفسهم أهدافاً يسعون إلى تحقيقها ، من خلال مراحل التأهيل المختلفة التي أتبعوها عكس حال الأشخاص ، الذين انقطعوا عن مواصلة البرنامج العلاجي ، وبالتالي تزايدت لديهم حالات الانتكاسة .

(Unade. V *et al.*, 1998, pp. 1611-1627)

مما يؤكد أن الدافعية واستمرار الارتباط بالبرنامج العلاجي له دور جاد مهم في استمرار التعافي .

ثم نجد عديداً من الدراسات والفصول ، التي خصصت للحديث عن التأهيل ، ونتائجها في عديد من المجتمعات الأوروبية مثل التأهيل في المجتمع العلاجي في إيطاليا (Grazia, C1994) وروسيا (Uakov. G& viadimir, Z, 1998) وبولندا (Granza, S *et. al.*, 1998)

تلك كانت أبرز الدراسات الأجنبية في الفترة الأخيرة ، والتي أجريت في مجال التأهيل بشقيه النفسي والاجتماعي ، وإن كان كم الدراسات التي أجريت في مجال الوقاية كثيراً ، انظر على سبيل المثال :

(Souaif *et. al.*, 1982a:1982b )

(Polansky, J . M, 1999., pp. 186-198)

(Lisnor, L & Harding C.G & safer, L.A, 1998., pp. 301-311)

(Kim, S, *et al.*, 1998., pp. 283-301)

(Covington, H, 1999., pp. 82-87)

(guen, F, *et al.*, 1998., 119-131)

(Ryan, J, *et al.*, 1999., pp:23-60)

كذلك انظر : (عويذ سلطان المشعان ، ٢٠٠٠) (نجوى الفوال ، ٢٠٠١) ، (أحمد عكاشة ١٩٩٤ ، ص ص ٢٤٣-٢٤٩) .

## محاور التأهيل النفسى الاجتماعى لدمنى المخدرات شهادات واقعية

أ- فى مصر:

إن المتتبع لتاريخ تأهيل متعاطى للمخدرات نفسياً واجتماعياً فى مصر يجده قد بدأ منذ العام ١٩٠٥ حيث أسست جمعية المسكرات ، وكان نشاطها مقصوراً على مكافحة المواد المسكرة ثم أعيد إشهارها سنة ١٩٦٧ ؛ طبقاً للقانون رقم ٢ لسنة ١٩٦٤ وأصبح أسمها : الجمعية المركزية لمنع المسكرات ومكافحة المخدرات (جمال ماضى أبو العزائم، ١٩٨٤، ٤٨) ، ثم تولت العيادات الأهلية غير الحكومية لعلاج الإدمان، أشهرها عيادة للعتبة الخضراء وعيادة السيدة زينب ؛ حيث تم إنشاء العيادة الأولى عام ١٩٦٨ ، وبلغ عدد المترددين عليها كمثال- عام ١٩٧٠- ما يقارب الـ ١٤٥٥ مدمناً (جمال ماضى أبو العزائم ١٩٨٤ ، ص ٥٤) .

ورغم حجم كارثة التعاطى .. إلا أن الواقع يقول: إن لدينا فى أكثر الإحصاءات نقولاً نحو (٢٠٠) سرير لا غير حكومى وغير حكومى لعلاج كل حالات الإدمان فى مصر، وإن تكاليف علاج كل حالة تعاطى للمخدرات سواء داخل مصحة حكومية أو داخل مصحات خاصة استثمارية ، تتراوح ما بين ١٥٠ و ٢٠٠ جنيه فى اليوم الواحد (بأسعار عام ١٩٨٥ مثلاً) وهو مبلغ لا يقدر عليه إلا القادرون، ناهيك عن أن عدداً من المصحات لا تزيد المتعاطين إلا زيادة فى التعاطى ، من خلال طابور للمرضين والمرضى الطامعين إلى زيادة دخلهم ، كما لا يوجد لدينا فى الغالب إلا علاج طبى للتعامل مع الأعراض الاتسحابية . كما لا توجد متابعة شاملة للمتعاطين للعمل على عودتهم (أو دمجهم) إلى نسيج مجتمعهم (محمد حسن غانم، ١٩٩٦ ، ص ٢١٠) .

وأما العيادات التى تدعى أنها تعالج حالات تعاطى المخدرات .. فإن واقعها يدعوا إلى اليأس ؛ إذ يبلغ عدد أندية النفاق الاجتماعى (١٤) نادياً والجمعية المركزية (٨) فروع، وبعض عيادات التأمين الصحى والصحة المدرسية، ومعظمها يعمل بنظام العيادة الخارجية، وهو نظام لا يجدى فى علاج متعاطى المخدرات خاصة فى المراحل الأولى. كما أنه فى المؤسسات الحكومية يعامل تعاطى المخدرات ، كأحد الأمراض النفسية التى يراجها الطبيب (الممارس العام) ، ولا يتم النظر إليه كمشكلة قائمة فى حد ذاتها (جمعة سيد يوسف ١٩٨٩ ، ص ٧٠) .

وفى حوار مع مدير عام الدفاع الاجتماعى (٥) حول وجود أو عدم وجود تأهيل نفسى / اجتماعى من خلال الادارة العامة للدفاع الاجتماعى ، أفاد سيادته بالآتى :

- أن فكرة التأهيل بمعناها العلمى / الموضوعى غير موجودة بشكل موسع فى مصر.

- أن التأهيل يحتاج إلى ميزانية كبيرة ، وميزانية كل إدارة دفاع اجتماعى لا تتعدى الـ (٣) آلاف جنيهاً فى العام.

- إن هذه الميزانية تكاد تسمح بالكاد بدفع فواتير الماء والكهرباء وأجرة الساعى أو العامل.

- وأن نادى الدفاع الاجتماعى هو فى الغالب حجرة فى مكان ما ، أو على أحسن الفروض شقة صغيرة فى منطقة سكنية معينة.

- ونهتم فقط من خلال الأنشطة بطرق الوقاية ، أما العلاج والتأهيل فلا أساس له فى خططنا ؛ لأنه يحتاج إلى إمكانات مالية هائلة وطاقات بشرية لديها الدافعية والاستعداد.

- وأن سبب كثرة الانتكاسات هو عدم تأهيل المدمن ، وأن التعامل معه وفقاً للمنظور الطبى فقط غير مجد وغير مفيد.

- ولا يوجد مستشفى للإدمان متخصصة فى مصر ، فقط توجد عنابر للإدمان ملحقة بمستشفيات الأمراض النفسية والعقلية.

- وأنه من خلال ما شاهده من تجارب للتأهيل فى الولايات المتحدة الأمريكية أدرك حقيقة أنه نتقصنا فكرة التأهيل بمعناه الشامل :

وفى ضوء مسح التراث العلاجى والتأهيلى فى مصر ، وجد الباحث أربع محاولات للعلاج والتأهيل ، منها تجربة تأهيل المدمنين فى مستشفى الخانكة والتى جاءت - على عجل - ونتيجة للقانون رقم ١٨٢ لسنة ١٩٦٠ ، والذى نص على أن اللدعوة الجنائية لا تقام ضد المدمنين الذين يتقدمون من تلقاء أنفسهم بطلب العلاج ، ويجوز للمحكمة - فى بعض الأحوال - أن تحكم على المدمن بالعلاج الإجبازى فى إحدى مصحات الدولة بدلاً من أن تحكم عليه بالسجن ، ولا يجوز للمدمن أن يغادر المصحبة قبل ستة أشهر من إيداعه ، ولا أن يبقى مدة تزيد عن الستين ، حينما تقرر

(٥) يشكر المؤلف الأستاذ / مصطفى زكى مدير عام إدارة الدفاع الاجتماعى بوزارة الشئون الاجتماعية على تعاونه .

تشكيل لجنة لهذا الغرض، إلا أننا نتفق مع ما أورده أ.د. مصطفى سويف من حيث أن هذه التجربة كان لها وعليها عديد من التحفظات (مصطفى سويف، ٢٠٠١، ص ص ١١٨-١٢٠).

ومن الجدير بالذكر أن عينة إيمان دكتوراه فاروق عبد السلام قد تم سحبهم من الأفراد المتواجدين في هذا (الجناح) من المستشفى، وكان من أدوات دراسته المناقشات الجماعية، إلا أنه قد أورد في النتائج أنه قد واجه عديداً من الصعوبات لإتمام المناقشات الجماعية، وأهم هذه الصعوبات عدم وجود حجرة مجهزة لذلك (فاروق عبد السلام ١٩٧٧)، كما أننا لا نستطيع أن نعتبر ما كان يتم في هذا الجناح الملحق بمستشفى للأمراض النفسية والعقلية (معظم حالاتها متدهورة) تأهيلاً بالمعنى الذى سبق توضيحه؛ لأن العلاج كان يقتصر على أمرين:

الأول: إزالة السموم من الجسم (أى للتدخل الطبى الأحادى فقط).

الثانى: العلاج بالعمل (ولم يكن متوافراً أو متنوعاً بالقدر الذى نستطيع أن نطلق عليه تجاوزاً تأهيلاً).

وفى تجربة ثانية ذكرها كل من مصطفى سويف وجمال أبو العزائم، وتمت فى عيانتين خارجيتين غير حكوميتين (إحداهما فى العتبة الخضراء والثانية فى حى السيدة زينب) بهدف إلقاء الضوء على العلاج النفسى، مقروناً بالعلاج أو للوعظ الدينى لمدمنى الأفيون، حيث تم تقسيم عينة الدراسة إلى:

- مجموعة تتلقى العلاج الطبى فقط.

- والمجموعة الثانية تتلقى العلاج الطبى مقروناً بالعلاج النفسى الجماعى.

وكانت المفاجأة أن الذين تضمنوا هم أفراد المجموعة التى تلقت علاجاً طبياً فقط، وقد فسر ذلك سويف بأن المجموعة التى تلقت علاجاً طبياً كانت تمارس أنشطة فى هذا النادى، وأن النتيجة جاءت لتؤكد المقارنة بين مجموعتين إحداهما تتلقى علاجاً جماعياً حرّاً والثانية تتلقى علاجاً جماعياً رسمياً. (مصطفى سويف، ٢٠٠١، ص ص ١٢١-١٢٧)، (جمال ماضى أبو العزائم، ١٩٨٤، ص ص ٥٥-٧٥)، مع الأخذ فى الاعتبار أن مثل هذه العيادات لا تصلح لأن تكون مكاناً للتأهيل، ناهيك عن عدم صلاحيتها للتعامل مع مدمنى الهيروين مثلاً.

وفى المؤتمر الإقليمى لهيئات كارتياس الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، تحدث أحمد أبو العزائم عن تجربة المستشفى الخاص بهم عن تأهيل تعاطى المخدرات، وكان



التأهيل الذى يتم للمتعاطين يتمثل فقط فى الرسم (أى التأهيل بالفن على حد تعبيره) ومن خلاله أن يسمح للمتعاطى إما أن يرسم رسماً حراً، أو أن يستخدم الألوان فى تكوين رسومات للوجات معدة مسبقاً (فراغات هندسية) بحيث يسهل تحليل وتقييم عمله فيما بعد ، بواسطة فريق متخصص يتكون من الطبيب والاختصاصى النفسى والفنان (أحمد أبو العزائم، ١٩٨٦، ص ١٥٤-١٥٦). وجدير بالذكر أنه رغم اعتراضنا على فكرة (فرض) نموذج للتأهيل على جميع المتعاطين لدرجة أن ميخائيل جورسوب (٢٠٠) يسخر من ذلك قائلاً بفكرة (العلاج السريرى البروكراستى) (٥) (ميخائيل جورسوب، ٢٠٠٠، ص ٤٥٣). وفى سؤال لعدد من العاملين فى هذا المستشفى، أكدوا للباحث أن التأهيل بالرسم فى الوقت الراهن لم يعد موجوداً الآن.

ويتحدث يحيى الرخاوى (١٩٩٣) عن المدمن فى المجتمع العلاجى، ومن خلال تجربته فى علاج متعاطى المخدرات .. نجد أن الأسلوب الوحيد الذى يتبعه هو جلسات علاجية جماعية يحضرها المدمنون (بغض النظر عن نوع إدمانهم أو حتى تاريخهم ودوافعهم) مع المرضى النفسيين، إضافة إلى ما يسميه العلاج التنشيطى أى المدو أو الهرولة فى الصباح الباكر أو اللغات الجماعية ، وكذا القيام -أحياناً- ببعض الرحلات كمثال لكسر الرتابة والمشاركة الجماعية (يحيى الرخاوى، ١٩٩٣، ص ١٤٩-٢١١).

ويتضح أيضاً من خلال هذه التجربة أنها تفقد إلى ما نقرؤه عن ضرورة التأهيل ومحاوره المتعددة، وللخلاصة أنه لا يوجد تأهيل- بالمعنى العلمى والموضوعى لملاج تعاطى المخدرات فى مصر- فطى سبيل المثال لا يوجد مستشفى حكومى متخصص لملاج تعاطى للمخدرات، كما أن عديداً من الهيئات الحكومية أو الأهلية- لا تتعاون معاً فى إنشاء مثل هذه المستشفى، فلماذا لا يكون مثل هذا المستشفى (المجتمع العلاجى) فى أى مكان فى صحارى مصر، ولكن مثلاً صحراء سيناء الشمالية أو الجنوبية أو حتى صحراء بلطيس ، بحيث يتم عزل حالات التعاطى الميولوس منها، أو التى وصل بها الأمر درجة كبيرة من التدهور وعلى كافة الأصعدة،

---

(٥) أسطورة بروكراست توضح كيف أن هذا اللص كان يهاجم المسافرين ويقبضهم راقدين على سرير، فإذا كانوا أطول من السرير يقوم بتقطع الأجزاء الزائدة من جسدكم حتى تتلائم أطوالهم مع طول السرير ، وإذا كانوا أقصر يقوم بجذب أطرافهم وشدهم حتى يصيح طول السرير وطول المسافرين متطابقين .

ومن خلال استخدام محاور التأهيل السابقة (الشاملة) ، يمكن أن توجه أو ندرب مثل هؤلاء المتعاطلين على أعمال وهوايات مفيدة لهم ولمجتمعهم؛ لأننا فى علاج وتأهيل المتعاطلى بحق لا يكفى أن نخلص الممدن من سلوكيات الإدمان ، وهذا يعد فى حد ذاته هدفاً أولياً مرتبطاً بهدف تال ، وهو أن نعيد تأهيله للشخصى أى نكسبه مجموعة جديدة من العادات والمهارات التوافقية ؛ بحيث يصبح قادراً على التعامل مع الضغوط أو مصادر المشقة الشخصية والبيئية تعامللاً لا يخل بالقواعد الأساسية للصحة النفسية (لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩٢ ، ص ٢٤٢) .

وإذا كان الهدف الأساسى من المؤسسات التى تهتم بقضية تعاطى المخدرات تركيز على الوقاية .. فما الحل بالنسبة للشخص الذى وقع فعلاً وتورط فى (فعل) تعاطى المخدرات، فلن يضر نفسه فقط، بل قد يدفع آخرين معه إلى الدائرة نفسها، ناهيك عن انضمامه إلى دائرة العنف والإجرام، أو قد ينشر عددياً من الأمراض الوبائية الخطيرة بين أفراد متعددين من أفراد المجتمع، مما يجعلنا نقول بكل ثقة أن العلاج وإعادة التأهيل مسألة ومطلب ضرورى ، وليس ترفاً فى مسألة لا تحتل أنصاف الحلول . وللخلاصة إما أن يكون هناك تأهيل (وفق أسس علمية وموضوعية كما سبق وأوضحنا) ، وإما أن نظل سادرين فى رفع الشعارات .. ورغم طينيتها فلن تخفى حجم المسألة . وتفق مع ما أورثته لجنة المستشارين العلميين من ضرورة الأخذ بفكرة المجتمعات العلاجية، ومراكز الانتظام العابر بما يتناسب مع خصوصياتنا كمصريين، وأن يضطلع الخبراء المصريون بوضع البرامج لإقامة وتشغيل مثل هذه المجتمعات العلاجية ومراكز الانتظام العابر ، مع الأخذ فى الاعتبار ضرورة أن يكون الفريق العلاجى مدرباً على أحدث الوسائل ، مع زيادة الحوافز والدافعية للعمل مع مثل هذه الفئات (لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩٢ ، ص ٢٣٩-٢٤١) .

**محاور التأهيل النفسى الاجتماعى لمدمنى المواد المخدرة :**

**ب- فى البلاد العربية ( المملكة العربية السعودية نموذجاً )**

أتابع للباحث أن يكون عضواً بالفريق العلاجى بمستشفى أمل الدمام لعلاج متعاطى المخدرات لمدة تقارب الخمس سنوات، مع الأخذ فى الاعتبار أن المملكة قد أنشأت- حتى الآن- أربع مستشفيات متخصصة لعلاج متعاطى المخدرات فى الدمام- جدة- الرياض- القصيم- مع استقطاب للشركات الطبية (المسولة عن إدارة مثل هذه المستشفيات) أفضل العناصر من مختلف دول العالم لمواجهة المشكلة (من خلال شركة شارتر الأمريكية) ، مع الأخذ فى الاعتبار أن العلاج يتم بالمجان مع

توفير كافة الخدمات الصحية والكسائية والغذائية والترفيهية للمتعاطين وبالمجان، ويسمح نظام سياسة إدارة مثل هذه المستشفيات بأن يتطوع متعاطى المخدرات بالدخول بإرادته (أربع) مرات .. فإذا انتكس أو تم القبض عليه مطلباً من قبل إدارة مكافحة المخدرات ، فإنه يتم وضعه في جناح يشرف على إدارته (ضابط المكافحة) ، لكنهم يتلقون العلاج مثلهم مثل أقرانهم في الأجنحة الأخرى ، وإن كانت درجة حريرتهم في التنقل - بالطبع - محدودة ، ويخصص جناح B لتخليص متعاطى المخدرات من إزالة آثار السموم، فإذا انتهت هذه المرحلة ينتقل إلى الأجنحة الأخرى التأهيلية ؛ حيث يتم التعامل معه من قبل الإخصائى النفسى والاجتماعى والمرشد الدينى ومرشد التعافى CDC ، وكذا أخصائى التأهيل، إضافة إلى استخدام عديد من أنواع العلاجات الأخرى ، مثل: العلاج بالإبر الصينية والإرجاع الحيوى والاسترخاء إضافة إلى العلاج الجمعى والفردى ومقابلة أسر متعاطى المخدرات (أو من خلال الاتصال بهم من قبل أعضاء الفريق العلاجى) .

ولأمانة .. فإنها تجربة جيدة ؛ لأن المملكة العربية السعودية تمتلك الإمكانيات التى تسمح لها باستقطاب أفضل عناصر العلاج والتأهيل فضلاً عن توافر كافة الأدوات والأجهزة التى تتيح للقيام بذلك فضلاً عن أن سياسة تشغيل المستشفى مرنة ويمكن تطويرها وفقاً لاحتياجات متعاطى المخدرات وآراء أعضاء الفريق العلاجى التأهيلية .

وفى تجربة أخرى ذكرها أسامه الراضى ، كانت تتم فى أحد المراكز التى أنشأها لعلاج متعاطى المخدرات، ذكر أنه بعد التعامل مع الأعراض الانسحابية كان يعقد جلسات العلاج النفسى الجمعى فى المسجد، بل ويؤكد ضرورة حضور متعاطى المخدرات الصلوات الخمس وفى أوقاتها ، ومن خلال الرصد والتسجيل لذلك (معتبراً أن أداء الصلوات مع الجماعة) هرونوع من التأهيل (انظر تجربة أسامة الراضى ، ١٩٨٧) .

وإن كنا لا ننكر دور الدين فى الوقاية والتعافى من تعاطى المخدرات .. إلا أننا يجب أن ( لا نفرض) نشاطاً - مهما كان- على كافة متعاطى المخدرات، بل لابد ومن خلال التقييم العلمى/الموضوعى، تحديد للمشاكل ، ووضع خطط للتعامل مع كل مشكلة ، وأن نتعامل بحق مع احتياجاته أو دوافعه- والتى ربما لا يدركها-إلى طريق الإيمان ، بل وإلى الاستمرار فيه رغم كل دعاوى الشجب والاستنكار من الآخرين ؛ لأن متعاطى المخدرات إذا ترك دون تأهيل نفسى واجتماعى ودينى وتأهيل مهنى شامل .. فإنه يكون بذرة فساد ، قد تدفع الآخرين إلى هاوية تعاطى

المخدرات، أو قد يؤثر العنف. وارتباط الإجراء بتعاطي المخدرات (أو العكس) لا يحتاج إلى دليل، وقد خصصت مجلة *International Social Science Journal* عدد سبتمبر ٢٠٠١ للحديث عن العلاقة القائمة ما بين العنف والمخدرات وانتشار الجريمة، يستوى في ذلك عديد من دول العالم المتقدم أو النامي (انظر مثلاً: (Alba Zaluar, 2001., pp. 369-378)

### وجهة نظر في التأهيل النفسي الاجتماعي للممنونين المخدرات:

من خلال خبرة الباحث في مجال تأهيل متعاطي المخدرات نفسياً، والاشتراك مع بقية أعضاء الفريق العلاجي في تأهيله اجتماعياً وربما مهنيًا، نستطيع أن نقسم متعاطي المخدرات (بغض النظر عن نوع وتاريخ إيمانهم) إلى ثلاث فئات، هم:

**الفئة جـ:** وهم مجموعة من الأفراد يحدث أن يدخلوا إلى مجال التعاطي ويخرجوا منه، دون أن تحدث لهم مشاكل تذكر، وهم فئة كبيرة الحجم نسبياً ونطلق عليهم فئة: الاستطلاعيين أو المكتشفين، على أساس أنهم يطلعون إلى التجريب مدفوعين بدافع استطلاعي/إنساني بهدف المعرفة أولاً، ثم للتفاخر بأنه قد جرب (هذا المخدر) ثانياً وكثيراً ما يكرر ذلك لأقرانه، ونسبة هذه الفئة تقريباً ٨٠٪.

**الفئة ب:** وهي فئة قليلة العدد، ويقدر عددها بنسبة ١٠٪ إلا أنها إذا دخلت في مجال (تجريب) الإدمان.. فإنها تصل إلى درجة الاعتماد المرضي/الكامل على المخدر، بل وأحياناً ما تنتقل فئة منهم إلى أكثر من مخدر، وإن هذه الفئة لا يفيد معها عقاب ولا علاج، ونطلق عليها فئة «الميلوس منهم»، ويندرج تحت هذه الفئة كافة الأفراد، الذين يعانون من اضطرابات نفسية أو عقلية أو انحرافات سلوكية بالغة التدهور، وكذا فئات الشخصية المضادة للمجتمع Anti Social

**الفئة أ:** وهي تقريباً تعادل حجم الفئة ب نفسه (أى ١٠٪)، وهذه الفئة تدخل في مجال تعاطي للمخدرات، وتتعرض لمعدي من خبرات العلاج والعقاب، وقد يحدث أن تجدى هذه الأساليب وتجعلها تتوقف عن التعاطي، وهذه الفئة نطلق عليها اسم «الصابرون»، على أساس أنهم يحتاجون إلى وقت أطول للتخلص من مشاكل التعاطي، سواء بالنسبة لهم كأشخاص أو لمن يتعاملون معهم من أعضاء الفريق العلاجي أو حتى أسرهم.

### كيفية تأهيل كل فئة :

الفئة جـ : يكون للتأهيل ينشر برامج الوقاية المستندة إلى أسس علمية ، تبتعد عن التهويل أو التهوين (لأن لكل بعد مضاره على المدى للقريب والبعيد) ، ويمكن الاستفادة من عشرات البرامج التي صممت في الغرب ، وكانت تهدف إلى حماية المراهقين وصغار السن من الدخول في خبرة التعاطي ، وكيفية تدريبهم على مواجهة ضغوط الرفاق ، وكيفية مقاومتهم لكافة المؤثرات الاجتماعية أو الثقافية التي تشجع أو تعرض على التعاطي .

(انظر على سبيل المثال برنامج كينمنج Kunming للوقاية من تعاطي المخدرات (Li et al., 1997) ، وبرنامج في العمق In-Depth program وفيروس الإيدز وموجه إلى طلاب الجامعات بالصين . وإن البرامج التي سبقت الإشارة إليها كانت موجهة إلى المراهقين بالولايات المتحدة الأمريكية وتحديدا بولاية كاليفورنيا الأمريكية هادفة إلى تزويد المراهقين باستراتيجيات مقاومة المخدر (Lafferty 1998) وإذا كانت مثل هذه البرامج ستصمم بواسطة خبراء مصريين ، فلا مانع من تطويع مثل هذه البرامج لثقافتنا وخصوصيتنا . مع الأخذ في الاعتبار إمكانية الأموال الباهظة التي ستكلفها مثل هذه البرامج .. إلا أن فائدتها تكون متصلة وستمثل درع الحصانة للشباب والمجتمع من الانزلاق إلى دوائر تعاطي المخدرات .

الفئة بـ : وأقصد فئة الميئوس منهم ، فأرى أن يتم التعامل مع هذه الفئة تعاملًا مجدياً واقعياً بأن نتبع أحد الاتجاهين (أو الاتجاهين معاً) :

الاتجاه الأول: تأهيل مثل هذه الفئة في مستشفيات حكومية لها عديد من الموصافات ذكرها (محيي الدين أحمد حسين ، ١٩٩٤ ، ص ٢٩٤-٢٧٦) ، من حيث :

أ - أن تكون هذه المستشفيات مهيأة لهذا النوع من الخدمة ومعدة لهذا الغرض .

ب - توافر كوادر على مستوى عال من التدريب في مجال التأهيل ، وأن يستمر هذا التدريب للارتقاء بمستواهم في التأهيل .

ج - أن تهض المستشفيات اتنى تكني هذا الدور التأهيلي فلسفة واضحة في إجراءاتها الخدمية ، تنمق وطبيعة الدور المنوط بها ؛ حيث لا بد من وجود تأهيل فعلا وليس من قبيل الدعاية فقط .

د - ضرورة إقامة نوع من للتواصل بين المعتاطين الذى يتعرض لتجربة التأهيل لدخل المستشفى وإمكانة تفاعله مع المجتمع- فى سياقه الكلى- من ناحية أخرى ، ومن خلال وضع ثلاثة أهداف لهذا الاندماج :

١ - محاولة إمتحان قدرة المعتاطى على الانفتاح مع المجتمع العريض، دون أن تطويه الخبرات السابقة فى اتجاه العودة إلى المخدر.

٢ - تمكين المعتاطى من أن يقف فى ظل انفتاحه على المجتمع العريض مستقبلاً سواء من خلال ذاته أو من خلال فريق العلاج التأهيلي، بأرجه القوة وللضعف فى شخصيته وتفاعلاته .

٣ - تهيئة المعتاطى وتدريب على التجاوب مع مقتضيات الرعاية اللاحق ومنابعته المشمولة بالتقويم ، بعد أن يعود إلى ممارسة أدراره الاجتماعية ويندمج تدريجياً فى نسيج المجتمع .. فإذا فشلت هذه الفة بعد ذلك فى المحافظة على استمرار التعافى ، نتبع الاتجاه الثانى .

الاتجاه الثانى : عزل هذه الفة بعيداً عن التجمعات السكانية- فيما يسمى تجاوازا التجمعات العلاجية- وأن يشغلوا أوقاتهم، ويستثمروا طاقاتهم فى أعمال إنتاجية، كل حسب مهاراته وميوله وقدراته، ويتم تسويق هذه المنتجات، ولذلك يتم تدريبهم على : الاستقلال، الاعتماد على النفس، وإدارة شئون حياتهم، والقدرة على حل ما يربحونه من مشكلات وضغوط، والقدرة على اتخاذ القرارات المناسبة ، واختيار البديل المناسب للحل (فى حالة عدم توافر للحل الأمثل من وجهة نظرهم) . إلخ، ثم يتم إعادتهم إلى نسيج المجتمع ، بعد أن يتم التأكد من ذلك ، ووفقاً لمحكات ومعايير معينة (قد تفقد مثلاً بخمس سنوات) مع تشديد فترة النفى أو العقوبة أو الابتعاد عن المجتمع كلما حدثت له انتكاسات Relapses (كأن تزيد مدة العزل مثلاً من خمس سنوات إلى عشر سنوات) ، وفكرة هذا للنظام أنه وسط بين فكرة أو مفهوم المسجن (والحياة فى المجتمع) .

ويمكن اتباع كلا الاتجاهين مع أفراد هذه الفة ، ووفقاً لما يكشف عنه والتقويم الموضوعى لكل حالة .

الفة الثالث أ : وهم فة الصابرون ؛ فيتم التعامل معهم وفق هذين المنظورين :

الأول : الرعاية الشاملة على كافة الأصعدة مع ترشيد دور الإعلام (انظر: محبى الدين أحمد حسين ، ١٩٩٤ ، ص ص ٦١-٨٨) ويمكن -مؤقتاً - إجبارهم على الالتحاق بأجنحة علاج الإيمان فى المستشفيات الحكومية، وتقديم العلاج التأهيلي الذى يتناسب مع كل حالة .

### خاتمة:

حاولت هذه الدراسة في عجالة أن تلقى الضوء على التأهيل النفسي الاجتماعي لمتعاطي المخدرات. وتحتوى الدراسة على خمسة محاور ؛ إذ حاولنا في المحور الأول بيان أهمية للتأهيل للمتعاطين ، ثم قمنا بتحديد المفاهيم المرتبطة بالتأهيل ألا وهى التأهيل- التعاطي- المخدرات ، مع الإشارة السريعة إلى كل ما يرتبط بالمفهوم من قضايا واستشكالات.

وفى المحور الثانى تحدثنا عن محاور التأهيل النفسى الاجتماعى لمتعاطي المخدرات ، من خلال دور كل عضو فى فريق العلاج التأهيلي- فى التحقيم، التشخيص، العلاج والتأهيل ، مع التركيز على دور الأخصائى النفسى الإكلينيكي والأخصائى الاجتماعى.

وفى المحور الثالث تحدثنا عن واقع الدراسات الميدانية فى مجال تأهيل متعاطي المخدرات ، سواء تلك التى أفرزتها الجهود العربية أو الأجنبية . وكان اللافت للنظر - وعلى الرغم من أهمية التأهيل - وجود قلة فى الدراسات التى تناولت تأهيل المتعاطين .

وفى المحور الرابع تحدثنا عن التأهيل النفسى الاجتماعى لمتعاطي المخدرات- شهادات واقعية ؛ حيث تحدثنا عن بعض المحاولات التأهيلية فى مصر والبلاد العربية (للمملكة العربية السعودية نموذجاً) .

وأخيراً وفى المحور الخامس ، قدمنا وجهة نظر فى للتأهيل النفسى الاجتماعى لمتعاطي المخدرات ؛ حيث قسمنا فئات تعاطي المخدرات إلى ثلاث فئات محتمدين على ما قدمته الدراسات الأبيدمولوجية للمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، وكذا خبرة بعض الأطباء النفسيين الذين تعاملوا مع المتعاطين ، مع بيان كيفية تأهيل كل فئة من الفئات الثلاث من مدمنى المخدرات.

والأمل مازال يحدونا أن يلتفت القائمون بالأمر إلى إنشاء مستشفيات ومراكز لعلاج وتأهيل المدمنين ، وأن يتم هذا فى أقرب وقت ، فالإمكانات البشرية (الفريق العلاجى) لاتنقصنا ، ولكن ينقصنا فقط الإمكانيات المالية والإنشائية حتى نمير بسلام أزمة الإدمان ومايرتبط به من قضايا واستشكالات ، وبصورة علمية - موضوعية .





## **(١) مراجع الجزء الأول**

**أولاً : المراجع العربية.**

**ثانياً : المراجع الأجنبية .**



### أولاً : المراجع العربية

- ١- أحمد أبو الروس (ب.ت). مشكلة المخدرات والإدمان ، الإسكندرية : دار المطبوعات للجامعية.
- ٢- أحمد أبو العزايم (١٩٨٩). دور التأهيل فى العلاج . ورقة بحث قدمت إلى المؤتمر الاقليمى لهيئات كارتياس الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، القاهرة (٦-٩ نوفمبر) ص ص ١٥٤-١٥٦ .
- ٣ - ابتسام الجعفرأوى (٢٠٠٢). تعاطى المخدرات بين شباب السائقين : دراسة لعينة من شباب السائقين ، القاهرة، المجلة الجنائية القومية، المجلد الخامس والأربعون، العدد الأول، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ص ص: ١-٢٦ .
- ٤- أحمد عكاشة (١٩٩٤). الوقاية من الدرجتين الثانية والثالثة ، القاهرة الندوة القومية لمكافحة وعلاج الإدمان (٢٩-٣٠ أكتوبر) . منشورات المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ص ٢٤٣-٢٤٩ .
- ٥- أحمد عكاشة (١٩٩٢) . الطب النفسى المعاصر . القاهرة : الأنجلو المصرية ، ط٥ .
- ٦- أ . لافندر، ف، ن. واتس (٢٠٠٠) . إعادة التأهيل : الفحص فى كتاب : مرجع فى علم النفس الإكلينيكي للراشدين . تحرير: ليندر زاي، ج.ى. جول . (ترجمة) صفوت فرج ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية ، ص ص ٥٣٤-٥٤٧ .
- ٧- أ. لافندر ، ف ، ن ، واتس (٢٠٠٠) إعادة التأهيل : التدخل فى كتاب: مرجع فى علم النفس الإكلينيكي للراشدين . تحرير: ليندر زاي، ج ، ي، جول. (ترجمة) صفوت فرج، للقاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية ، ص ص ٥٥٠-٥٦٤ .
- ٨- أحمد مجدى حجازى ، شادية قناوى (١٩٩٠). المخدرات وواقع العالم الثالث . دراسة حالة لأحد المجتمعات العربية، مجلة القاهرة للختمة الاجتماعية ، المجلد الأول، العدد الأول ، ص ص ٢٣٩-٢٦٠ .

- ٩- أحمد مجدى حجازى (٢٠٠٢) : المخدرات وأزمة الشباب المصرى- دراسة ميدانية لروى شباب الاندية ومراكز الشباب، القاهرة ، المجلة الجنائية للقومية، المجلد الخامس والأربعون ، العدد الأول ، للمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، صص: ٢٧-٤٦ .
- ١٠- أحمد محمد درويش (١٩٩٢) . دراسة مقارنة فى ديناميات شخصية مدمنى الكحول ومدمنى الامفيتامين بالحقن ، ماجستير غير منشورة، آداب عين شمس ، القاهرة .
- ١١- أرثر .ى . جونسما، له مارك بيترسون (١٩٩٧) . خطة العلاج النفسى . (ترجمة) عادل دمرداش، مراجعة لطفى فطيم ، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية .
- ١٢- أسامة الراضى (١٩٨٧) . العلاج الجماعى الإسلامى . الطائف: مجمع الراضى الطبى، للمملكة العربية السعودية .
- ١٣ - المدمنون المجهولون (دت) . الطريق للعلاج من الإدمان . (ترجمة) شريف فهم . ناصر لوزا، القاهرة: مستشفى بهمان ، حلوان .
- ١٤- أنطونى ستور (١٩٩١) . فن العلاج النفسى، ترجمة لطفى فطيم، القاهرة، دار للنهضة للعربية .
- ١٥- ثريا عبد الرؤوف جبريل (١٩٧٤) . دراسة للخدمات التى تقدمها الجمعية المركزية لمنع المسكرات ومكافحة المخدرات ، ماجستير غير منشورة، المعهد العالى للخدمة الاجتماعية ، القاهرة .
- ١٦- جيبيل روزيللى ومارك ووردين (١٩٩٦) . القلق والتعافى من الإدمان . (ترجمة) عادل دمرداش، مطبوعات مستشفى أمل الندام ، السعودية .
- ١٧- جمال ماضى أبو العزائم (١٩٨٦) . الإدمان : أسبابه وآثاره والتخطيط للوقاية والعلاج . القاهرة: وكالة فينيسيا للإعلان والنشر .
- ١٨- جمعة سيد يوسف (١٩٩٤) . تدريب الأخصائيين النفسيين الإكلينكيين لمواجهة مشكلة تعاطى المخدرات . القاهرة : الندرة

القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان (٢٩-٣٠ أكتوبر)  
منشورات المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ص  
ص ٨٩-١١٢ .

١٩- جمعة سيد يوسف (١٩٨٩) . دور الأخصائى النفسى فى علاج الإدمان  
بين الإمكانة والتحقيق، القاهرة: مجلة علم النفس ،  
ع ١٢، السنة ٣ ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ص ص  
٦٥-٧١ .

٢٠ - جولييان. ب. روتر (١٩٨٤) . علم النفس الإكلينيكي ، القاهرة ، دار  
الشروق ، الطبعة الثانية .

٢١ - حامد زهران (١٩٩٧) الصحة النفسية والعلاج النفسى ، القاهرة ، عالم  
الكتب ، الطبعة الثالثة .

٢٢ - حسين على فايد (١٩٩٧) . وجهة الضبط وعلاقتها بتقدير الذات وقوة  
الأنا لدى متعاطى المواد المتعددة .مجلة علم النفس،  
ع ٤٢، السنة ١١ ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ١٤٢-١٥٥ .

٢٣- حسين على فايد (١٩٩٤) . دراسة مقارنة فى الشخصية والأعراض  
السيكوسوماتية بين متعاطى كل من العقاقير  
المثبطة والعقاقير المنشطة، دكتوراه غير منشورة ، آداب  
عين شمس .

٢٤- حسين على فايد (١٩٩٢) . دراسة مقارنة لديناميات شخص متعاطى  
الهروين ومتعاطى الحشيش . ماجستير غير منشورة .  
آداب عين شمس .

٢٥- خالد بدر (١٩٩٤) . العلاقة بين تعاطى المواد النفسية والاضطراب  
النفسى - القاهرة: الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج  
الإدمان (٢٩-٣٠ أكتوبر) منشورات المركز القومى للبحوث  
الاجتماعية والجنائية ص ص ٣١٩-٣٢٢ .

٢٦- راوية محمود دسوقي (١٩٩٥) . دراسة فى بعض المتغيرات النفسية  
لمتعاطى الكحوليات وغير المتعاطين ، مجلة علم  
النفس، ع ٣٣ ، السنة ٩ ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ص  
ص ١٢-٣٣ .

٢٧- راشد بن سعد الياز (١٩٩٩) الأداء المهني لمدمني المخدرات-دراسة ميدانية، دولة الإمارات، مجلة شئون اجتماعية ، العدد ٦٢ لسنة ١٦/ من ص ص ٢٧-٥٨.

٢٨- ريبورت ديبورنت (١٩٨٩) مكافحة العقاقير المؤدية إلى الإدمان ، ترجمة وليد الترك ورياض عوض ، عمان، مركز الكتاب الأردني.

٢٩- رشدي فام منصور (٢٠٠٠) . علم النفس العلاجي والوقائي - رحيق المستنير، القاهرة، الأنجلو المصرية.

٣٠- سامي عبد القوي، إيمان محمد صبرى (١٩٩٧) . سوء استخدام المواد المتطاهرة لدى الأطفال «دراسة نفسية اجتماعية استطلاعية» ، القاهرة: مجلة علم النفس، ع٤٢، السنة ١١، الهيئة المصرية العامة للكتاب . ص ص ٩٢-١٢٥.

٣١- سعد المغربي (١٩٨٦) . تعاطي الحشيش-دراسة نفسية اجتماعية، بيروت لبنان: دار للراتب للجامعي، ط٢.

٣٢- سعد المغربي (١٩٨٦) . سيكولوجية تعاطي الأفيون ومشتقاته. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٣٣- سوسن عثمان عبد اللطيف (١٩٨٨) . دور الخدمة الاجتماعية في الفريق العلاجي لمواجهة مشكلة الإدمان . القاهرة: المؤتمر العربي الأول لمواجهة مشكلات الإدمان (١٣-١٦ سبتمبر) للمعهد العالي للخدمة الاجتماعية.

٣٤- سيد عبد الحميد مرسى (١٩٧٦) . الإرشاد النفسى والتوجيه التربوي والمهني . القاهرة: مكتبة الخانجي.

٣٥- سيد محمد غنيم (١٩٧٥) . سيكولوجية الشخصية: محدداتها - قياسها - نظرياته، القاهرة ، دار النهضة العربية.

٣٦- صفاء صديق خريبة (١٩٩٨) : مدى فاعلية العلاج الجمعي بالتحليل النفسى فى علاج مشاعر الذنب والخزى لدى مرضى الإدمان . دكتوراه غير منشورة . آداب عين شمس.

٣٧- طاهر عز الدين شلتوت (١٩٨٨). دراسة مقارنة حول استخدام العقاقير المؤثرة فى الحالة النفسية فى كل من مصر والولايات المتحدة الأمريكية، دكتوراه غير منشورة، طب الأزهر، قسم الأمراض النفسية والعصبية، القاهرة.

٣٨- طه عبد العزيز الديب (١٩٨٧). ممارسة العمل مع الجماعات فى محيط الخدمة الاجتماعية وتنمية القيم الاجتماعية لمدمنى الأفيون، دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

٣٩- عادل نمرdash (١٩٨٢). الإدمان-مظاهره وعلاجه. الكويت : عالم للعرفة، ع٥٦. للمجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب.

٤٠ - عادل نمرdash (ب.ت) الإرجاع الحيوى . منشورات مستشفى أمل للدماغ، المملكة العربية السعودية.

٤١- عبد الكريم العفيفى معوض (١٩٨٨). مدى فاعلية الأسلوب فى خدمة الفرد فى علاج مشكلات الإدمان : الوقاية- العلاج-المتابعة. للقاهرة: للمعهد العالى للخدمة الاجتماعية.

٤٢- عبد الله عسكر (١٩٨٦). تعاطى الأقراص المخدرة وعقاقير الهلوسة لدى الشباب المتعلم، الزقازيق، رسالة ماجستير غير منشورة.

٤٣- عبد السجيد سيد أحمد منصور (١٩٨٦). الإدمان : أسبابه ومظاهره، الوقاية والعلاج . الرياض: مركز أبحاث مكافحة الجريمة، المملكة العربية السعودية.

٤٤- على مفتاح (١٩٩٥). اضطرابات الشخصية والإدمان ،دراسة إكلينيكية ، المنيا، مجلة الآداب والعلوم الإنسانية ، يناير ص ١٦-١.

٤٥- علي مفتاح (١٩٩٤). ارتجاع موجات المخ الكهربائى فى علاج مدمنى الخمر والمخدرات - دراسة تطبيقية ، مجلة تربية بنها، عدد أغسطس . ص ص ٨١-١٠٣.

٤٦- عويد سلطان المشعان (٢٠٠٠). التجربة الكويتية لمشروع (غرام) الإعلامى للوقاية من المخدرات . القاهرة: المؤتمر الدولى السابع للإرشاد النفسى (٥-٧ نوفمبر) جامعة عين شمس (كتاب ملخصات المؤتمر) ص ٢٣ .

٤٧- عبد الستار إبراهيم ، عبد العزيز الدخيل، رضوى إبراهيم (١٩٩٣) . العلاج السلوكى للطفل- أساليبه ونماذج من حالاته، الكويت، عالم المعرفة، العدد (١٨٠) ، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب .

٤٨- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨) . العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث- أساليبه وفتيات تطبيقية ، القاهرة ، الناشر المؤلف، الطبعة الثانية.

٤٩- علا مصطفى (٢٠٠٢): المجتمعات المستهدفة للتعاطى والاتجار فى المخدرات: دراسة ميدانية فى قسم السلام بمحافظة القاهرة، القاهرة ، المجلة الجنائية للقومية، المجلد الخامس والأربعين، للعدد الأول، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، ص ص ٤٧-٨٠ .

٥٠- عبد العزيز الدخيل (١٩٩٠). سلوك السلوك- مقدمة فى أسس التحليل السلوكى ونماذج من تطبيقاته ، القاهرة، مكتبة للخانجى.

٥١- فاروق عبد السلام (١٩٧٧) . سيكولوجية الإدمان. القاهرة : عالم الكتب.

٥٢- فتحى عبد الوهاب أمين (١٩٨٩) . دور الأخصائى الاجتماعى مع الفريق العلاجى لعلاج حالات الإدمان ، دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

٥٣- فرج عبد القادر طه، شاكى عطية قنديل ، حسين عبد القادر محمد ، مصطفى كامل عبد الفتاح (١٩٩٣) موسوعة علم النفس والتحليل النفسى، القاهرة ، دار سعاد الصباح .

٥٤- فرج أحمد فرج (١٩٧١) أسباب الانتقال من تعاطى مخدر إلى مخدر، الندوة الدولية العربية حول ظاهرة تعاطى المخدرات، القاهرة ، المنظمة الدولية للدفاع الاجتماعى.



٥٥- فيكتور سامى (١٩٨٩) . المجتمعات العلاجية خبرة جديدة فى علاج الإدمان . بحث قدم إلى المؤتمر الإقليمى لهيئات كارتياش للشرق الأوسط وشمال أفريقيا لمواجهة قضية الإدمان على المخدرات، القاهرة (٦-٩ نوفمبر) ص ص ١٥٧-١٦٠ .

٥٦- لجنة المستشارين العلميين (١٩٩٢) . استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان فى مصر-التقرير النهائى ،القاهرة ، للمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجناائية .

٥٧- لطفى فطيم (١٩٩٥) . العلاج النفسى الجمعى ، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية .

٥٨- لطفى فطيم (١٩٩٤) . خطة عمل علاجية وفقاً لتطور مرض الإدمان ، بيروت، مجلة الثقافة النفسية ، ع ١٨، ص ٥، لبنان ص ص ١٥-١٩ .

٥٩- لويس مليكة (١٩٩٠) : التحليل النفسى والمنهج الإنسانى فى العلاج النفسى ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .

٦٠- لريس مليكة (١٩٩٠ب) . العلاج السلوكى وتعديل السلوك، الكويت، دار التعليم للنشر والتوزيع .

٦١- ليلى عبد الجواد (٢٠٠٢) : تعاطى المخدرات بين شباب العشوائيات، القاهرة المجلة للجناائية القومية، المجلد الخامس والأربعون، العدد الأول، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجناائية ، صص: ٨١-١١٨ .

٦٢- ميخائيل جوسوب (٢٠٠) . علاج مشكلات الكحول والمخدرات. فى كتاب: مرجع فى علم النفس الإكلينيكي للأراشدين ، تحرير : س.ل. ليندر زاي ، ج . يول . (ترجمة) صفوت فرج، القاهرة: الأنجلو المصرية ، ص ص ٤٤٧-٤٧٨ .

٦٣- ماجدة حسين محمود (١٩٩١) . سيكولوجية المدمن العائد- دراسة نفسية اجتماعية، ماجستير غير منشورة ، كلية البنات، جامعة عين شمس .

٦٤- ماهر نجيب إلياس (١٩٩٠). العلاقة بين البناء النفسى ونوع المخدر دراسة إكلينيكية ، دكتوراه غير منشورة ، كلية الآداب- جامعة عين شمس.

٦٥- ماهر نجيب إلياس (١٩٨٦). دراسة سيكولوجية لمتعاطى الماكستون فوريت، ماجستير غير منشورة ، آداب عين شمس.

٦٦- محمد حسن غانم (٢٠٠١). برنامج علاج نفسى لمدمن يعانى من اضطرابات جنسية وانخفاض مستوى تأكيد الذات، مجلة كلية الآداب، جامعة أسيوط ، ع٧، يوليو ص ص ٢٧٨-٣٠٦.

٦٧- محمد حسن غانم (٢٠٠٠). الدافعية للعلاج لدى المدمنين- دراسة نفسية مقارنة. القاهرة : السجلة النفسية للدراسات النفسية ع٢٥ م ١٠ ، يناير ص ص ٣١-٤٦.

٦٨- محمد حسن غانم (١٩٩٩). إسهام البحوث المصرية فى دراسة الإدمان-دراسة فى تحليل المضمون للبحوث الميدانية من عام ١٩٦٠ حتى عام ١٩٩٧، مجلة علم النفس، ع٥٢، السنة ١٣ ، ص ص ١٥٠-١٦٣ ، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٦٩- محمد حسن غانم (١٩٩٨). المدمنون وقضايا الإدمان-دراسة نفسية استطلاعية. مجلة علم النفس ع٤٦ ، السنة ١٢، الهيئة المصرية العامة للكتاب ص ص ٧٤-٨٧.

٧٠- محمد حسن غانم (١٩٩٦). الديناميات النفسية للاحتياجات/ الضغوط ومركز التحكم لدى مدمنى المخدرات-دراسة حضارية مقارنة ، دكتوراه غير منشورة ، آداب عين شمس.

٧١- محمد حسن غانم (٢٠٠٥). الإدمان : أضراره . نظريات تفسيره . علاجه ، القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

٧٢- محمد حسن غانم (١٩٩٤). العلاج النفسى لمشاعر الرفض والخجل لدى المدمنين ، بيروت ، مجلة الثقافة النفسية، مجلد (٥) للعدد (١٨) ص ص:٥٢-٥٧.

٧٣- محمد حسن غانم (٢٠٠٣) . العلاج النفسى الجمعى بين النظرية والتطبيق ، القاهرة ، الناشر للمؤلف .

٧٤- محمد حسن غانم (٢٠٠٢) . محاور التأهيل النفسى والاجتماعى لمتعاطى المخدرات - دراسة نظرية ضمن متطلبات الترقية لدرجة أستاذ مساعد فى علم النفس ، القاهرة ، غير منشورة .

٧٥- محمد شعلان (١٩٨٩) . مدخل إنسانى لفهم الأسباب والعلاج للإدمان فى جوانبه المختلفة . بحث قدم إلى المؤتمر الإقليمى لهيئات كارتياش الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، القاهرة : (٦-٩ نوفمبر) ص ص ١١٩-١١٢ .

٧٦- محمد شعلان (١٩٧٩) . الاضطرابات النفسية فى الأطفال-- الجزء الثانى، القاهرة، للجهاز المركزى للكتب الجامعية والوسائل التعليمية .

٧٧ - محمد شعلان (١٩٨٦) الهناء بلا كيمياء للآباء والأبناء، القاهرة، الناشر للمؤلف .

٧٨- محمد محمد سيد خليل، محمد المهدي، عماد نصير (١٩٩٤) السلوك الدينى لدى مدمنى العقاقير والكحول، مجلة دراسات نفسية ، القاهرة، مجلد ٤ عدد ٤ أكتوبر رابطة الأخصائيين النفسيين .

٧٩- محمد فتحى عيد (١٩٨٩) . مسئولية الدولة عن علاج تعاطى المخدرات . بحث قدم إلى المؤتمر الإقليمى لهيئات كارتياش الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لمواجهة قضية الإدمان على المخدرات، للقاهرة : (٦-٩ نوفمبر) ص ص ١٢٣-١٣٥ .

٨٠- محمد فتحى عيد (١٩٨٨) . جريمة تعاطى المخدرات فى القانون المقارن- الجزء الأول . الرياض: المركز العربى للدراسات الامنية والتدريب . المملكة العربية السعودية .

٨١- محمد مدحت أبو بكر الصديق (١٩٩١) . فاعلية العلاج الأسرى لخدمة الفرد فى علاج العائدين إلى إدمان الهيروين،

ماجستير غير منشور، المعهد العالى للخدمة الاجتماعية  
جامعة حلوان.

٨٢- محمد محروس الشناوى (١٩٩٤). نظريات الإرشاد والعلاج النفسى ،  
القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .

٨٣- محمود محمد رشاد (١٩٩٧) . ديناميات العلاقة بين الإدمان والمرضى  
النفسى، القاهرة: رسالة دكتوراه غير منشورة . آداب عين  
شمس.

٨٤- محبى الدين أحمد حسين (١٩٩١) . فى سيكولوجية الاتجاهات وتعاطى  
المخدرات: المبادئ العامة والاجرائية الحاكمة  
لتغيير الاتجاهات إزاء تعاطى المخدرات، القاهرة ،  
المجلة الاجتماعية للقومية، ٢٨/٢، ص ص ١٠٧-١٣٩ .

٨٥- محبى الدين أحمد حسين (١٩٩٤). إعادة التأهيل والدمج الاجتماعى  
لمتعاطى المخدرات. القاهرة: الندوة القومية لمكافحة  
للمخدرات وعلاج الإدمان (٢٩-٣٠ أكتوبر) منشورات  
للمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ص  
٢٥١-٢٧٨ .

٨٦- محبى الدين أحمد حسين (١٩٩٤) . تدريب الاعلاميين وترشيد الإعلام ،  
القاهرة: للندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان  
(٢٩-٣٠ أكتوبر) منشورات المركز القومى للبحوث  
الاجتماعية والجنائية ص ص ٦١-٨٨ .

٨٧- محبى الدين أحمد حسين (٢٠٠٣) . التأهيل النفسى والاجتماعى  
لمتعاطى المخدرات ومدمنيها- الدليل الأول- مدخل  
تمهيدى إلى تأهيل مدمنى للمخدرات ، القاهرة، المجلس  
القومى لمكافحة وعلاج الإدمان ولتعاطى، المركز القومى  
للبحوث الاجتماعية والجنائية .

٨٨- منحت عبد الحميد أبوزيد (١٩٩٨) . الفروق بين ذوى العلاج الداخلى  
والعلاج الخارجى من معتمدى الهيروين فى بعض  
المشكلات المتعلقة بالعلاج النفسى الجماعى،

القاهرة، مجلة الإرشاد النفسى ٨٤، جامعة عين شمس ص  
ص ٢٠٩-٢٩٣.

٨٩- مدحت أبو زيد (١٩٩٨) . مدى فاعلية برنامج علاجى جماعى  
معرفى سلوكى (مهارات التأقلم) فى الإقلاع عن  
التدخين وتخفيف قلقه ، القاهرة، المؤتمر الدولى الخامس  
للإرشاد النفسى (١-٣ ديسمبر) ، ص ص: ٢٩٩-٣٦٧ .

٩٠- مديحة مصطفى فتحى (١٩٨٨) . دور الخدمة الاجتماعية فى مواجهة  
المشكلات الاجتماعية لإدمان المخدرات، القاهرة:  
المؤتمر العربى الأول لمواجهة مشكلات الإدمان (١٣-١٦  
سبتمبر) المعهد لعالى للخدمة الاجتماعية.

٩١- مصطفى زيور (١٩٨٦) . فى النفس -بحوث مجمعة فى التطويل  
النفسى والطب النفسى ، بيروت-لبنان: دار النهضة  
العربية.

٩٢- مصطفى سريف (٢٠٠١) . مشكلة تعاطى المخدرات (بنظرة علمية) ،  
القاهرة: مكتبة الأسرة، للهيئة المصرية العامة للكتاب .

٩٣- مصطفى سريف (١٩٩٦) . المخدرات والمجتمع : نظرة تكاملية ،  
الكويت: سلسلة عالم المعرفة ، العدد ٢٠٥ .

٩٤- مصطفى سريف (١٩٩٠) . تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين  
طلاب الثانوى، دراسات ميدانية فى الواقع  
المصرى (المجلد الأول) : مدخل تاريخى ومنهجى  
إلى الدراسات الويائية، القاهرة: المركز القومى للبحوث  
الاجتماعية والجناائية.

٩٥- مصطفى سريف (١٩٩٠ ب) . الطريق الآخر لمواجهة مشكلة المخدرات:  
خفض الطلب، القاهرة: للمركز القومى للبحوث الاجتماعية  
والجناائية.

٩٦- مصطفى سريف (١٩٨٨) . نحو سياسية وقائية فى مواجهة مشكلة  
المخدرات فى مصر، خفض العرض، القاهرة: المركز  
القومى للبحوث الاجتماعية والجناائية.

٩٧- مصطفى سريوف ، هند طه ، خالد بدر ، المصين عبد المتعم وآخرون (١٩٩٥) ،  
تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين طلاب  
الجامعات- دراسات ميدانية فى الواقع المصرى،  
المجلد السابع ، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية .

٩٨- مصطفى سريوف وآخرون (١٩٩١أ) . تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب  
بين عمال الصناعة ، للقاهرة: المجلة الاجتماعية القومية ،  
المجلد ٢٨ ، ع ١ ، يناير ، عدد خاص ، المركز القومى للبحوث  
الاجتماعية والجنائية .

٩٩- مصطفى سريوف (١٩٩١ب) . تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب لدى  
طلاب المدارس الثانوية العامة بمدينة القاهرة  
الكبرى عام ١٩٨٦ ، القاهرة: البرنامج الدائم لبحوث  
تعاطى المخدرات ، المركز القومى للبحوث الاجتماعى  
والجنائية .

١٠٠- مصطفى سريوف وآخرون (١٩٨٩) : ندوة تعاطى المخدرات فى مصر ،  
القاهرة: الكتاب السنوى فى علم النفس ، المجلد السادس ،  
الأنجلو المصرية ص ص ٣٣١-٤٣٠ .

١٠١- مصرى عبد الحميد حنوره (١٩٩٣) . سيكولوجية تعاطى المخدرات  
والكحوليات ، جامعة الكويت ، مجلس النشر العلمى .

١٠٢- منصور الرفاعى عبید (١٩٨٨) . دور الداعية الدينى فى الفريق  
العلاجى ، القاهرة: المؤتمر العربى الأول لمواجهة مشكلات  
الإيمان (١٣-١٦ سبتمبر) المعهد العالى للخدمة الاجتماعية  
القاهرة .

١٠٣- ميخائيل جوسوب (٢٠٠٠) . فحص مشكلات الكحول والمخدرات . فى  
كتاب: مرجع فى علم النفس الإكلينيكي للراشدين ، تحرير:  
ص ل. ليدر زاي ، جن ي . بول ، (ترجمة ) صفوت فرج ،  
القاهرة : الأنجلو المصرية -- ص ص ٤٢٠-٤٤٦ .

١٠٤- نادية حليم (٢٠٠٢) : الحرفيون وتعاطى المخدرات ، القاهرة ، المجلة  
الجنائية القومية ، المجلد الخامس والأربعون ، العدد الأول ،

المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص  
ص: ١١٩-١٣٤.

١٠٥- نازك عيسى عفيفى (١٩٩٣). العلاقة بين ممارسة شريك العمل مع  
الجماعات والتأهيل الاجتماعى للمدمن، ماجستير غير  
منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

١٠٦- نجوى الفوال (٢٠٠١) البيلوجرافيا الشارحة للبحوث والدراسات  
الاجتماعية حول ظاهرة المخدرات فى مصر  
(١٩٥٠-١٩٩٩) للقاهرة، للمركز القومى للبحوث الاجتماعية  
والبنائية.

١٠٧- نجوى الفوال (٢٠٠٢): ظاهرة المخدرات فى مصر: دراسة توثيقية  
وتحليلية للبحوث والدراسات الاجتماعية، القاهرة،  
المجلة الجنائية القومية، للمجلد الخامس والأربعون، العدد  
الأول، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص  
ص: ١٣٥-١٥٣.

١٠٨- هند سيف الدين (١٩٩١). خصائص شخصية مدمن المخدرات، القاهرة:  
مكتبة الأنجلو المصرية.

١٠٩- يحيى الزخاوى (١٩٩٣). الإدمان بين المجتمع الأوسع والمجتمع  
العلاجى . القاهرة ، للناشر المؤلف.

## ثانياً المراجع الأجنبية

- 110- Abdel Mawgoud , M, Fateem L and Alsharif, A . (1995). Development of comprehensive treatment program for chemical dependency at AL-Amal Hospital, Dammam, *Journal of substance abuse tretment*, Vol, 12, No (5). U.S.A, pp . 3-20.
- 111- Aktan, G. B (1999) A cultural consistency evaluation of substance abuse prevenation program with inner city African- American Families, *Journal of primary prevention*, spr, V. (19) , No (3) pp. 227-239.
- 112- Alba Zaluar (2001). Violence in Rio de Janeiro: Style of Leisure, drug use and trafficking, *international Social Science Journal* 169 V. VIII, No (3) Spe, pp. 369-378.
- 113- Alterman, Al, O'Brien, C.P & Droba, M (1993) . Day treatment Vs. inpatient report. In F.M Time & C.G Levkefeld (Eds) cocaine treatment. Research and clinical perspectives (NIDA) Research Monograph No, 135 *NIH publication, No:93-3639*, (pp.150-162). Rockville, *National intitute on Drug Abuse*.
- 114- Anthe Nelli, R.M. pschucit, M.A (1992). Genetics in Substance abuse: *Acomprehensive text Book*, J.H. owinson, P. Rul2, R.B. Machilan, J. Langard. Eds. 1992 pp. 39-52.
- 115- Arif, A & Westermeyer, J eds. (1988). *Manual of drug and Alcohol Abuse*, New york: Plenum Med. Book Co.
- 116- Asker, Abdalla (1996). *The effectiveness of Psychodrama and role play for treatment of inpatientes with heroin addiction, presented in the first international Conference in drug abuse*, Cairo, Egypt, in press.
- 117- Author. NG; (1998). *Title Belief and Therapeutic change: Asudy of Areligious to drug Rehabilitation (Addiction) conversion, christianity*, p. 642.



- 118- Alcoholics Anonymous, (1976) . the story of . How many thousands of men and women Have recovered from alcoholism, *Alcoholics Anonymous world services* , New York , city.
- 119- Alterman, A., O'Brien, C. & McLellan, A. (1991) . Differential therapeutics for substance abuse in R.J. Frances & R. J. Miller (Eds). *clinical text book of addictive disorders* , New York Guilford. pp. 369-390.
- 120- Bagnall G (1988). Use of alcohol amongst 13 year olds in three areas of Britain, *Drug and Alcohol Dependence* 22 pp. 241-251.
- 121- Barr, H & Cohen. A. (1987). Abuse of alcohol/narcotic, who are they? International, *Journal of the Addictions*, V.22, 6, pp.525-591.
- 122- Barr, H & Antes, D. (1981). Factors related to recovery and relapse in follow-up (*final report of project activities*, Grant No. 1HB1 DA01 846) Washington, DC: National Institution Drug Abuse.
- 123- Bauer, L. A. (1992) *Psychology of craving in substance abuse a comprehensive textbook*, Lowinson, J.H; Rivet : p . Mill Man, R.B; Long, J.G: Williams & Wilkins, 2 ed; (51-55).
- 124- Beardshaw, V, and Howell, D. (1990) *Assessment and care Management: implications for the implementation of caring for people*, Kings Fund Institute Briefing Paper No. 10, London; Kings Fund.
- 125- Beck, Aaron, T; Wright, F.D; Newman, C.F & Liebowitz, B.S (1993), *cognitive therapy of substance abuse*, the Guilford Press, New York, London.
- 126- Becker, U., Tonnesen, H & Kass Claesson, N & Giordano, C (1989), Menstrual disturbances and fertility in chronic women, *Drug and Alcohol Dependence* 24, pp. 25-82.

- 127-Bell, c & Khantzian, E (1991). *Apsychodynamic in dual diagnosis in substance abuse*, Gold, M & slaby, A; Marcel Dekker Press Inc, New York: Basel, Hong kong.
- 128- Bennett Larryw. Cardone, Samuel; Jarczyk, Gohn (1998). Effects of a therapeutic camping program on addiction recavery: the Algonqium Haymarket Relapes prevention program, *Journal-of-Substance-Abuse-treatment-Sep-Oct*, Vol, (15), No (5) pp.469-474.
- 129- Blume, S.B (1989) Dualdiagnosis psychactive substance dependence and personality disorder, *Journal of Psychoactive Druges No (21) vol (2)*; (139-199).
- 130- Bolansky, Joan M; Buki-lydia, P.(1999). the effectiveness of substance Abuse prerention Videotapes with Mexican American adolescents it ispanic- *Journal-of-Behavioral Science, V.21, N,2, May*, pp. 186-198.
- 131- Breham N&Khantzian, E (1992) A Psychodynamic prespective in : J.Lowinson, P. Rui2 R. Millman & J.Langrod (eds). *Substance abuse second edition* (106-117) London, William & Wilkins.
- 132- Brochu, Serge, Guyon; Louise, Des Jardins, Lyne (1999). Comparative profiles of addicted abult population rehabilitation and correctional services; *Journal-of-substance Abuse, treatment, Vol. (16), N. (2) Mar* pp. 173-182.
- 133- Bruchl, Stephen (1994). A case of Broder line personality Disorder in personality; and five factor model of personality; Costa, P.T. Widiger, T.A. *American Psychological A ssociation, 2ed*; (189-197).
- 134- Botvin, G(1998). Preventing adolescent drug abuse through life skills training : Theory, Methods, and effectiveness, in: Jounathan, c (Ed) , *social program that work*, New York: Russell Sage Foundation, pp. 225-257.

- 135- Berg, I., Koning, M & Deelman, B., (1991) long-Term effects of meaning rehabilitation : a controlled study; *Neuro Psychological Rehabilitation* 1, pp. 97-111.
- 136- Beck, A. T., (1993) . Cognitive approaches to stress . in R. Woolfolk & P. Lehrer (Eds) . *principles and practice of stress management* . New York . Guilford, pp. 333-372. (2nd ed).
- 137- Bellack, A. (1989). A Comprehensive model treatment of schizophrenia in A. Bellack (Ed) , *Acclinical Guide for the treatment of Schizophrenia* , New York : Plenum.
- 138 -Beck, A (1967) . Depression: Causes and treatment . Philadelphia: *University of Pennsylvania* Press.
- 139- Beck, A (1974) . Coping with depression. Institute for Relational Living.
- 140- Chapman, P.L. & Henggeler, S.W. (1988). Evaluation of three programmes for alcoholism. An Experimental study with six and eighteen-Month follow up, British, *Journal of Addiction*, V.83, 1, pp. 67-81.
- 141- Codere, H (1973). The Social and cultural context of cannabis use in Rwanda, paper submitted to 6<sup>th</sup> international congress of Anthropological and Ethnological Sciences Chicago, August-Sep, 1-17, U.S.A.
- 142- The Corsini Encyclopedia of Psychology and Behavioral Science (Vol1) (2001) *Addiction*. New York. John Wiley & Sons 3<sup>rd</sup> ed, pp. 11-13.
- 143- The Corsini Encyclopedia of Psychology and Behavioral Science (1996) *Rehabilitation*, New York, John Wiley & Sons, 2<sup>nd</sup> ed pp. 776-777.
- 144- Corington - Hooly (1999). Community involvement: substance abuse prevention for teens, *Nursing-and-Health-Care-perspectives*; V. (20), N (2) Mar-Apr pp. 83-87.

- 145- Cox, Terrance, c. Jacobs, M.R., Leblance, A,E and Marshman, J.A (1996) *Drug and drug abuse*, 2<sup>nd</sup> ed; are fence text, Tornto, Addiction Research Founda-tion,.
- 146- Cunningham, - Jogn- A; Herie,- Marilyn; Matin, Grath; T.B. J (1998). tranning probation and parole officers to provide substance abuse treatment: Afield Test, *Journal-of-offender- rehabilitation* V.(27), N(1-2), pp. 167-77.
- 147- Campbell, A., (1989) . Women's group therapy: a clinical expe-rience, *perspective psychiatric care*, vol (25), No. (1), pp. 10-14.
- 148-Daley-D.C (1998). Kinking addictive Habits once and for all: Are;Lapse- *prevention guide*, Gossey-Bass, Inc, U.S.A.
- 149-Daly, De Nnice. C& Marlatt, Alan (1992) Relapes prevention and behavioral intervention in substance Abuse: A comprehensive textbook, Lowinson, J.H, Rui2, Miaanan, R.B; Longard, J.G: *Willey Sons & wil-kins*, 2ed, chapter 41, pp. 533-542.
- 150- Deleon, G (ed) (1997). Community as method: *Theapeutic Com-munities for Special Population in Special Set-tings*. Westport, Ct: Green Wood Press.
- 151- Dimeff-Linda-A, Marlatt, G. Alan (1998). Preventing relapse and maintatning change in addictive behaviors *Clini-cal-Psychology- Science and Practic*, Win, Vol. (5), N (9), pp. 513-525.
- 152- Donal, D.w& Good Win (1992) A lcoholclinical Aspects in : sub-stance Abuse: *A comprehensive textbook*, J.H, lowin, Son, Milliman & J.G; langated Sed.
- 153- DSM, IV (1994). Diagnostic and Statstical Manual of Mental Disorder; fourth edition, *American Psychiatric Association*, Washington.

- 154- Edgar, P.,N (1992) Alcoholics anonymouse in : Substance abuse: *a comprehensive textbook*, J.H, Lowin Sons, R.Rvi2, B. Millhan & J.G Langard eds.
- 155- Erich Good e. (1999). Drugs in American Sociaty, *McGraw-Hill College*, pp. 381-395.
- 156- Ernest Keec 1991 Drugs therapy and professional power, problem and pills, Praeger, *London*, pp. 92-112.
- 157- Flores, Philip&Mohan, Lisa (1993). *The treatment of addiction in group* , in flores, Philip (1988).
- 158- Franks, C., & Barbrack, C. (1986): Behaviour therapy with adults: an integrative perspective. in . M. Herson, A & A. Bellack (Eds) . *The Clinical Psychologg Hand Book*, *New York* : Pergamon Press.
- 159- George Deleon (1999). Therapeutic communities: Research and Application in :Durg Abuse origins & interventions, Mayer D.G and christiner . H (edited) *American Psychological Association*, Washington, DC.
- 160- Georgia, B (1998). Evoluotion of substance abuse prevention program with inner city *African-American Families, Drug and Society, V.12*, (1-2) PP. 39-52.
- 161- Gerstein, Dean, R (1994) Outcome, Research Drug Abuse, Mar-Galanter & Herbert D.K lebey (Eds): *Text book of substance abuse treatment*, the American Psychiatric Press, Washington, DC. London, England.
- 162- Golden, S. Khantzian, E, McAuliffe, W (1994) . Group therapy in text book of substance Abuse treatment, Eds, Marc Galanter & Herbert D. Kleber. *The American Psychiatric Press*. pp. 303-314.
- 163- Graham, W. F & Wexler, H.K. (1997). the Amity therapeutic community program at Dono van Prison : program description as method ditherapeutic com-

- munities for Special Population and Special Setting Westport, CT: Green Wood Press, pp. 69-86.
- 164- Grazia Cancrini (1994). therapeutic communities, *Journal of Druge issues*, 24 (9) pp. 639-656.
- 165- Grazyna Swiatkiwcz & Jacek Móskaiewicz; Janusz Sievoslawski. (1998). The reputeic communtities as a Major Responce to Drug Abuse in poland , in : *Harled Klingemann & Geoffreg Hunt, Sage publications, London, Nêw Delhi* pp. 124-132.
- 166- Greden. J.F &Walters, A. ( ) Caffein in substance abuse: Acomprehensive textbook, J.H. Lowinson , P. Ruiz, R. B. Millman & J.G. Longman eds. Baltimore: *Williames & Willkins*, 2<sup>nd</sup> ed, pp. 357-370.
- 167- Grimes, J & Swisher, J (1989) . Educational factors influencing adolescent decision making regarding use of Alcohol and drugs, *Journal of Alcohol and Drug Education* , 35/1, pp. 1-15.
- 168- Glenn, W (1974): Problems related to survey sampling in the epidemidology of durg abuse: current issues, Res. *Movograph Ser, 10, Washington*, DC: NIDA, pp. 154-159.
- 169- Gossop, Eiser., & Word, (1982). The addicts perception of theiroun drug to king: *Implication for the Treatment of Drug Dependence . Addictive Behaviours*, 7, pp. 189-194.
- 170- Hafeiz, Hassan, A(1996): Comabidity of substance abuse and other psyhiatric disorder, *Annuals of Saudi Medicine, Vol. 16, No 4* pp. 464-467.
- 171-Howard'n . Garb (1998) Studying the clinician- gudegment research and Psychological assement, *American Psychological Association U.S.A.*
- 172-Haward J. Shaffer (1995): The Psychology of stage chance. The tranition from Addiction to Recovery in: substance abuse: a comprehensive text book, Jokce,

- H. L.; Pedro, P; Robert . B, Jobng. 1 (editors).  
*Williams & Wilkins, London* pp.100-105 . (2<sup>nd</sup>)
- 173- How Ardabadinsky (1999) Drug Abuse An interoduction, *Nelson-Hall publishers chicago*, third editions.
- 174- Hugh. T. Wilson (1999). Drugs, Social aand Behavior, *Dushkini McGraw Hill*, pp. 45-52.
- 175- Hallander, M & Kazaoka, k., (1988) Behavior therapy groups in . S. lang (Ed) *six group therapies* . New York: Plenum Press.
- 176- Hirschman, R. & Leventhal, H., (1989): Preventing smoking behavior in school children . An initial test of a cognitive- developmental program . *Journal of Applied Sccial psychology*, v (19) No (7., pt:21. pp. 559-583.
- 177 - Hahn. W., (1993). Developing object constancy in group psychotherapy, international., *Journal of Group psychotherapy*, vol (43), No. (2), pp. 223 - 235.
- 178- Jerome D. Gilmore, Steven J. Lash , Michael A. Foster and sharon L. Blosser (2001). *Adherence to substance Abuse Treatment*: Clinical utity of two MMPI-Z Scales, *Journal of Personality Assessment*, 77. (3), pp. 524-540.
- 179- Kernber G, O. (1975). Border line condition & *pathological Narcissism*, New York, Aronson Press.
- 180- Kessler, Ronald, C&Nelson, Christophe, B *et al* (1996) The Epidemiology of co-occurring addictive and mental disorder implication for prevention and servic vtilization, Amarican., *Journal of or the Psychiatric*, V. 142, n (2) pp. 1259-1264.
- 181- Khantzian, E (1985). The self- Medication hypothesis of addiction disorders: focus on heroin and cocaine dependence American, *J. of Psychiatry* (142) pp. 1229-1264.

- 182- Kim, - Sehwan; Wurster, - Leslie; Williams, - Charles; Itepler, - Nancy (1998). Algorithms for Resource Allocation of Substance Abuse prevention funds Based on Social indicators; A case study on Social indicators; A case study on state of Florida- part 3, *Journal of Druge Education* . V (28). N (4) pp. 283-306.
- 183- kerkoff, G., Munbinger , v., Ebevt, A & Stogerer, E. (1992). Rehabilitation of hemiano pic alexia in patients with postgeniculate visval field disorders; *Neuro Psychological Rehabilitation* 2. pp. 21-42.
- 184- Laffert, L (1998). Marijuana use prevention : the in : DEPTH model program . *Journal of Psychoactive Education*, 23/4, pp. 325-331.
- 185- Lamarine, R. J (1993). Modeling Adolescent Health Behavior: the preadult Health Decision-Making Model in : C.B. MvCoy; Metsh, L. R. et al (Eds) *Interventing with Drug-Involved Youth* (pp. 45-78) thousand Oaks, C A: Sage Publications.
- 186- Lfender, A and Holloway F (1988) A introduction, In A. Laverder and F. Holloway (eda) *Community care in practices sekices far the continuing care client,*.
- 187- Lisnov- Lisa; Harding Carol- Gibbm Safer, L. A.; Kavanagh-Jack (1998). Adolescents preception of substance abuse prevention strategies, *Adolescence*, V. (33), N (140) SUM, pp. 301-11.
- 188- Li, J Zhu, II; Zhang. B, Lvo, J; Gang F; Chen, L and et al (1997). prevention education for drug and HIV/Aids infection in a College in Kunming, Chilnese Mental *Health Journal*, 11/2, pp.115-117.
- 189- Mahfouz, R; Hatem, R. C & Ellabbad, E (1996). Management of personality disorder associated with addiction in context of Milieu Therapy, *current psychiatry*, V. 3, No 1, *Journal of Institute of Psychiatry*, Ain shams University, Cairo.



- 190- Miller, Norman, S & Fine, James (1993) . Current epidemiology of comorbidity of psychiatric and addictive, disorders, *Psychiatric Clinic of North American*, Vol. (16), No (1) pp. 1-10.
- 191- monro, Alister (1992) Psychiatric Disorder Charactized by Delusion: treatment in relation to specific types, *Psychiatric Annuals*, V. (22), No. (5), American psychiatric Association pp. 232-240.
- 192- Moor, Susan Fordeny (2000) Preventing Addiction in: *substance Abuse and Counseling*, U.S.A Arizona pp. 30-37.
- 193- Miller, H., Macphee, D & Dfrit2, J. (1998). DARE to be you: A family support, early prevention program. *Journal of Primary Prevention*, Vol. (18) , No, (13). pp. 257-285.
- 194- Meyer., D &Christine., R., (1999) . The treatment of Drug Abuse: changing the paths in : Meyer. D & Christine . R (Ed) drug Abuse . orgins & intervention, New York . *American psychological Association*, pp. 243-284.
- 195- Mcclelland, D (1984) , Motive, *Personality, and Society* . New York: Preger Publishers.
- 196- Masserman, J., (1975). *Behavior and newrasis*. Chicago : University Chicago Press.
- 197- Meyer , V. & Chesser, E., (1971) . *Behaviour therapy in clinical Psychiatry*. London: Penguin Books.
- 198- Newman, C . & Beck, A (1990) . Cognitive therapy of the affective disorders . in .B.B Wolman & G. Stricker (Eds) . *Handbook of affective disorder: facts , theories , and treatment approaches* . New York: Wiley , pp. 343-367.
- 199- Ouimette, P.C., Moos, R.H& Finney, J. W (1998). Influence of *outpatient treatment and 12-step group involymnt*

- on 1-year substance abuse treatment outcomes.  
*Journal of Studies on Alcohol*, 59, pp. 513-522.
- 200- Panton, S. M. and Tandel, D B (1984) Psychological Factors and Adolescent Illicit Drug use, in : G.A.Austin and M.L. *prender finding*, V.2, pp. 575-562.
- 201- Oayan, Molcolm (1991). *Modern Social Work Theory*. London: the Macmillan Press Ltd.
- 202- Pargament, K, 1 (1997) The Psychology of Religion and soping: the orgnesearch and practice. New York: *Guilford Press*.
- 203- Pattison, E. M (1976). Non-abstinent drinking goals in the treatment of alcoholism, *Archives of General Psychiatry* 33:923-30.
- 204- Peterson, K. A, Swindle, R.W, Phibbs, C.S. Recine, B&Moos, R.H. (1994). Determinats of read mission following in patient substance abuse treatment : *A national study of VA programs* Medical Care, 32, 535-550.
- 205- Prochaska, J and Diclemente, C. (1986) Toward a comprehensive model of change . in W. Miller and N. Heather (eds) *Treaning Addictive Behaviors*, New York: Plenum.
- 206- Revised edition (1978) . *Chemical Developmence and recovery-A family affair*, Johnson Institute, U.S.A.
- 207- Rice , Jay Stone ; Linda L; Whittlesey, Lisa-Ann (1998). Substance abuse offender rehabilitation on and Horticultural therapy practice, Simson, Harson Paster (Ed); *Straus Omatha C. (ed) et al.*, New York.
- 208- Richard, Velleman (1991) Alcohol and drug problems, adult clinical problems, *A cognitive Behavioural Approach*, Edited by Owibgy Dryden & Robert Rentoul, Routledge, London, pp. 138-170.

- 209- Robert J. Pandina and Valevie L. J (1999). why people use, *Abuse, and Become dependent on Drugs?* pp. 119-148.
- 210- Robert , J & Valevie., L (1999) . Why people use, Abuse, and become Dependent on Drugs: progress Toward a Hevristic Model in : Meyer., D & Cbvistine., R (Ed) . Drug Abuse . Origins & interventrion. New York . *Americine Psychological Association*, p. 11
- 211- Rosenhan, D., & Seligman, M. (1995). *Abnormal Psychology*. New York : Norton, 3<sup>rd</sup> ed.
- 212- Rouse, Steven- V; Butcher, James, N; Miller- Kathryn- B (1999) Assessment of susbtance abuse in Psychotherapy clients: the effectiveness of the MMPIZ substance Abuse Scales, *Psychological- Assessment Mar, V. (11), No (1)* pp. 101-107.
- 213- Ryan, John A; Abdel Vahman A-L; french, John- F; Rodrigues; Gloria (1999). Socail indicators of substance abuse prevention: *Aneed-based assessment, Social- indications Research and Jan V. (46), No (1)* pp. 23-60.
- 214- Schephers, G. W. (1991). foreword: Psychiatric rehabillitation far the 1990 s, in . F.N Watts and D.H. Bennett (eds) *Theory and Practice of Psychiatric of Psychiatric rehabiliation* 2<sup>nd</sup> ed., Chichester. Wiley.
- 215- Sadava, s & Weithe , H., (1985) : Maintenance and attributions about smoking among smokers, non-smokers, and Ex-smokers , *international Journal of the Addictions , vol (20) , No (10) .* pp. 1533-1544.
- 216- Schulz, C (1994). The association between sniffing inhalants and injecting drugs. *Comprehensive Psychiatry*, 35 (2). 99-105.
- 217- Shepherd, G.W (1991) Foreword: Psychiatric rehabilitation far the 1990 si in F.N. Watts and D.H. Bennett (eds) and

*practice of psychiatric rehabilitation, 2<sup>nd</sup> ed., Chichester: Wiley.*

- 218- Sold 2, S., (1993) .Beyond the interpersonal complex in group Psychotherapy: the structure and relationship to outcom of the individual group member interpersonal preocess scole, *Journal of Clinical Psychology, vol (49) , No (4) , pp.* 551-563.
- 219- Soueif, M. I; El-sayed, A. M; Darweesh, Z. A& Hannourah, M.A (1982a). The extent of nonmedical use of Psychoactive Substances among Secondary school students in Greater Cairo Drug & Alcohol Dependence, 9, 15-19.
- 220- Soueif, M. I; El-sayed, A. M; Darweesh, Z. A & Hannourah, M.A (1982b) the nonmedical use of Psychoactive Substances by mal technical school students in Greater cairo an epidemiological study, *Drug and Alcohol Dependence.*
- 221- Soueif, M. I Elsayed, A.M & Dawweesh. Z. a, Hannourah, M.a (1980). *the Egyptian Study of chronic cannabis consumption.*
- 222- Stephen, Am & Timoth, Y & Farrell, M and Kimberty, W (1993) Alochl Abuse and dependence in : the H and *book of Behavior therapy in the psychiatric setting*, Edited by: Alans, B & Michel, H New York, pp. 293-310.
- 223- Susm an, s (1996) . Development of a school- based drug abuse Prevention curriculum for high risk growth, *Jouvnal of Psychoactive Drugs*, 8212, pp. 182-196.
- 224- Teichman, Meir, Kadmon, A (1998). Boundaries instead of Walls: The rehabilitation of prisoner Drug Ad-dicts, *Journal of Offender Rehabilitation, V. 26, N. 3-2*, pp. 59-70.
- 225- Tomas, C.T & Anthony, W.H(1995). Family System Approach in: *substance abuse- A comprehensive text book*,

- Jokce*, H.L.; pedro, p; Robert. B, Jobng. (editors). Williams & Wilkins, London pp. 877-888. (2th).
- 226- vellman, R (1991) Alcohol and drug problems in w. Dryjen & R. Rentoval (eds) *Adult Clinical Problems* (138-167) London: Routledge.
- 227- Watts, F.N. and Bennett, D.H. (1991) Neurotic, affective an conduct disorders, In F.N. Watts and D.H. Bennett (eds) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation, 2 nd, ed, Chichester*. Wiley.
- 228- Van-de-Veld. Johnnes C, Schaap, Geerhard E, Land, Haring (1988). Follow U P at a Dutch addiction Hospital and efectiveness of *Therapeutic Use and Misuse*, V. (33), No . (8), pp. 1611-1627.
- 229- vellman, R (1991) Alcohol and drug problems in w. Dryjen & R. Rentovl (eds) *Adult clinical problems* (138-167) London: Routledge. Watts, F.N. and and Bennett, D.H. (1991) Neurotic, affective an conduct disorders. In F.N. Watts and D.H. Bennett (eds) *theory and practice of psychiatric Rehabilitation, 2nd, ed, chichester*. Wiley.
- 230- Wiederh, Kaplan, E.H (1969). Drug use in adolescents, psychodynamic : Meaning and pharmacogenic effect, *Psychoanalysis Study Child*. 2<sup>nd</sup> ed., London, Chapman and Hill.
- 231- Wright, J. Pearl, L (1995). Knowledge and Experience of young people regarding drug misuse, 1969-1994, *British Medical*, J. 310 (6971) pp. 20-24.
- 232- Wllis, A & Harper, R., (1975) . A new guide to rational living Englewood Cliffs, New Jersey : *Printic Hall*.
- 233- Wolpe, J. (1993) The promotion of Scientific Psychotherapy. in J. Zeig (Ed). *The Evolution of Psychotherapy*. New York: Bruner/Mazel, Inc.
- 234- Yakor, Gilinskiy, Vladimir, Zobner. (1998). the Durg treatment system in Russia: Part and present, problems and

- prospects in : Drug treatment Systems in An international persrective: *Drugs Demons, and Dellnquent. Harled Kilngemann & Geoffreg Hunt* (Editors), Sagepublication, London, New Delhi pp. 117-123.
- 235- Yuen Francis K.O, pedeck, John. T. (1998). Effective strategies for preventing susbtance Abuse among children and adolescents, *Early Child-Development and Care;V. (145), June* pp. 119-310.
- 236 - Za salvia. T. , (1993) . Enhancing addiction treatment through Psychoeducational groups. *Journal of Substance Abuse Treatment , 10/5*, pp. 439-444.
- 237- Zili Sloboda and Nicholance J. Kozel. (1999). Fortntline surveilance: the community Epidemidogy work group on Durgs Abuse, Edited by: Mayer D. Glants and Cbristine R. Hartel, *American Psychological Association*, Washington, DC pp. 47-62.

الجزء الثاني

## الانتكاسة والإدمان

مدخل لفهم الأسباب - المواقف - العلاج





## مقدمة للدراسة

يثير الانتكاس عديداً من التساؤلات :

- ماذا نعني بالانتكاس Relapse ؟

- ولم يحدث ؟

- وما معدل حدوثه ؟

- وهل هناك فرق بين السقطة Lapse والانتكاس Relapse ؟

- وهل بالإمكان أن نمنع من الأساس حدوث الانتكاس ؟

- وما السبيل (أو السبل) إلى تحقيق ذلك ؟

- وهل الانتكاس - كما نقول أدبيات الإدمان - جزء من التعاطي ... بمعنى آخر هل لا يوجد إدمان دون انتكاس ؟

- وما النتائج التي ستترتب على حدوث الانتكاس ؟

أسئلة كثيرة سحاول الإجابة عنها جاهدتين، إلا أننا يجب أن نشير بداية إلى هذه الحقائق :

١- إن كثيراً من الدراسات الميدانية الجادة، وفي عديد من مناطق العالم، قد أثبتت أن اقتصر العلاج على الجانب الفارماكولوجي أو الأدوية لاحتواء الأعراض الانسحابية لا يمثل أكثر من ١٠ ٪ من الخدمة العلاجية والتأهيلية، الواجب تقديمها للشخص المدمن .

٢- إن الانتكاس يكثر إذا اقتصر العلاج فقط على التدخل العقاقيري (دون اللجوء أو الاستعانة بالمداخل العلاجية والتأهيلية الأخرى) .

٣- إن السقطة Lapse تعني أن المدمن قد عاد للإدمان مرة واحدة، وأنه قد سارع من فرره إلى إبلاغ أسرته أو الذهاب إلى المؤسسة العلاجية للعلاج؛ لأنه استشعر أنه إذا ترك وشأنه فإنه سيواصل الإدمان وما يقوده ذلك إلى عديد من الأضرار .

٤- أما الانتكاس فقصده به ارتداد المدمن (المتعاطي) إلى التعاطي مرة أخرى، عقب مرورهِ بالخبرة العلاجية، وأنه قد واصل التعاطي (بلا انقطاع) .

٥- إن كثيراً من الدراسات وجدت ضرورة (الاعتقاد) بأن الانكاس جزء من الإدمان.

٦- ضرورة حصر العوامل والأسباب والظروف، التي تقود الشخص إلى الانكاس بعد المرور بخبرة للعلاج .

٧- ضرورة أن تقوم الأسرة بدور - أو بأدوار إن جاز التعبير - فى علاج وتأهيل أحد أفرادها الذى شق طريقه فى الإدمان، وأن دورها مهم بدءاً من لحظة اكتشافها لعلامات الإدمان ، ثم العلاج ، ثم انكاسه مرة أخرى بعد المرور بالخبرة العلاجية.

٨- إن علاج الإدمان - الحق - وتأهيله لا بد أن يتم من خلال فريق علاجي متكامل، يقوم كل تخصص فيه بدوره، ويشترط أن تتكامل كل هذه الأدوار وتصب فى (تعافى) مريض الإدمان .

٩- إن علاج الإدمان يحتاج إلى وقت ، قدرته بعض الأبحاث بما يقل عن ستة أشهر ، وأن مسألة (الوقت) هذه مهمة جداً وضرورية فى التأكد من (تعافى) المدمن (السابق) .

١٠- أكد أيضاً عديد من الدراسات التي تناولت الانكاس لدى المدمنين وأسبابها إلى ضرورة (عزل) المدمن فى مكان (بعيد عن العمران) فيما يسمى (بمستعمرات التعافى)، وأن (العزل) الاختياري يكون جد مهم فى بدايات علاج وتأهيل المدمن ، لأنه يكون أشبه (بالمريض، وبعد مريضاً بالفعل) وضرورة أن (يعزل) وألا يشارك فى الأحداث والتفاعلات الاجتماعية (إبان فترة العلاج والتأهيل)، وبعد أن يتم التأكد من مروره (بالخبرة العلاجية والتأهيلية) لا مانع من (الدفع به) (و(بحذر) لكى يواصل تفاعلاته مع المجتمع ، كما كان من قبل ولكن وفق محاذير معينة .

تلك كانت الأسس العشرة فى ضرورة النظر إلى فعل الانكاس .

ومن خلال ستة فصول، حاولنا جاهدين الإلمام بالانكاسة :

فى الفصل الأول : نتناول مدخلاً لفهم الانكاسة من خلال تركيزنا على: تعريف الانكاسة ، العلامات الخاصة بكل من الإدمان والانكاسة .

وفى الفصل الثانى : تناولنا : المواقف التى تدفع إلى التعافى والانكاسة من خلال التركيز على محورين :

الأول : حصر لمواقف الانتكاسة من وجهة نظر المعالجين .

الثانى: حصر لمواقف الانتكاسة من وجهة نظر المدمنين المنتكسين .

وفى الفصل الثالث : تناولنا بعض القضايا فى علاج الانتكاسة مثل : المدمن المجهول ، ما معنى الاعتراف ،بأننى مملوب الإرادة ، ماذا يعنى فعل الاستسلام من جانب المدمن ، برنامج المدمن المجهول فى مصر ، ديناميات المدمنين المجهولين فى مصر ، ديناميات الإدمان المتعددة ، الإدمان واضطرابات الشخصية وأخيراً ما هو موقف أعضاء الفريق العلاجى من الانتكاسة .

وفى الفصل الرابع : تناولنا الدراسات الميدانية العربية، التى تناولت فعل الانتكاسة والعلاج النفسى .

وفى الفصل الخامس : تحدثنا عن كيفية مواجهة الانتكاسة .

وفى الفصل السادس : قدمنا بعض (التمارين) المهمة والمفيدة، والتى تعمل على محافظة المدمن على حالة التعافى .

ونأمل أن نكون بذلك قد وضعنا (لبنة) صغيرة فى صرح محاولة الفهم لظاهرة الإدمان والانتكاسة؛ لأن الفهم يعد الخطوة الأولى والمهمة فى التحكم فى الظاهرة بل والتنبؤ بمسارها فى المستقبل .

والله من وراء القصد

د. محمد حسن غانم

٢٤ / ١ / ٢٠٠٥



## الفصل الأول

### مدخل لفهم الانتكاسة

- مقدمة .
- ما الانتكاسة ؟
- علامات الإيمان .
- العلامات المنذرة بالانتكاسة .



## الفصل الأول

### مدخل لفهم الانتكاسة

#### مقدمة :

مازلت أذكر المدمن .. والموقف .. والدريس

أما المدمن فقد تردد للمرة الأولى للعلاج، وقد تعاملت معه من الناحية النفسية وكان المدمن طبعاً ، ينصاع لكل شيء .. ووعدني أنه حالما يخرج فسوف (يطلق) الإدمان بالثلاثة؛ حتى يستعيد الثقة التي بدأت تتسحب منه ومن كافة أفراد الأسرة . وكان هذا المدمن تحديدا ينتمي إلى أسرة ثرية ، حيث مات والده وترك عديداً من المحال والمشاريع .. ووجد صاحبنا نفسه (بحكم ترتيبه الأوسط) بين أشقائه الذكور (كمن رقص على السلم) .. على حد تعبيره ، ورغم أن كلمته كانت هي المسموعة (عن شقيقه الأكبر وشقيقه الأصغر) .. وكان رأيه صائبا وإستطاع أن (يقفز) بمشاريع والده التي تركها خطوات بعيدة من خلال عقد صفقات ، ومعرفة بعض التجار الكبار ، ومن يدهم (تسهيل) كثير من الأمور، فانعكس ذلك على زيادة المشاريع والأرباح وفتح (بيوت) جديدة لكثير من العمال .

وكان ترتيب والدته في زيجات والده الثالثة .. وكانت تنتمي إلى إحدى البلاد العربية .. وكانت تخص إليها هذا بحب كبير ، وتبلى له كل مطالبه .. وقد تعجل هذا المدمن الخروج - عقب الانتهاء من مرحلة الأعراض الانسحابية - بيد أنني استطعت إقناعه بضرورة أن يمكث في المستشفى مدة أخرى؛ لأن الإدمان لا ينتهي بمجرد انتهاء الأعراض الانسحابية ، وأن التعافي ما زال أمامه عديد من الخطوات، فامتلأ - أو تظاهر - ولكنه أخذ يلح (كطفل) في ضرورة الخروج حتى (يدير) المشاريع أو يعرف (رأسه من رجليه)؛ لأنه الوحيد المسئول الآن عن الإنفاق على أسرته (أمه وشقيقاته الأربع وشقيقه) .. فقرر الفريق العلاجي خروجه مع التأكيد عليه بضرورة مراجعة وحدة الرعاية اللاحقة، فرحب بالفكرة بل وامتدحها ، بل وأقسم بضرورة (المراجعة) حتى نقول له : إنك خلاص قد تعافيت وإن مشكلتك مع الإدمان قد انتهت.

والواقع أن هذا المدمن بعد أن حقق قفزات في عالم التجارة والثراء ، قد وجد من يهيم له بضرورة أن (يمتع) نفسه ، وأن يجرب (نفسين) حشيش ، ولا مانع من سهرة حمراء ... وفيها ويسكى وخمر .. وبعد تردد وافق .. ثم جره كل ما سبق إلى إدمان الهيروين . بدأت الأرياح تنقلص ، والمصالح تتعطل ، والأمور لا تسير كما كانت تسير في الماضي .. كل ذلك وصاحبنا ينكر وجود أى تأثيرات، بل ويحفل بأوهام وحجج من قبيل : إن البلاد بها كساد ، وأن للكساد ظاهرة عالمية ، وأن للبطالة موجودة في كل الدول ، وأن الأحداث - حتى وإن كانت في دول أخرى - تؤثر بلا شك علينا .. وهكذا .. حتى وجد صاحبنا فاقداً للرعى ( ومرمى ) أمام باب منزله - فصعقت الأسرة وتم نقله إلى مستشفى خاص وقد أعلنت نتائج التحاليل وقررت أنه (مدمن) هيروين، ولا بد من تحويله إلى مستشفى متخصص في ذلك .

أما الموقف فكان صباح اليوم التالي لخروج المدمن ، إذ حين دخلت من الباب وجدت كرمة بشرية (ملقاء) على الأرض ، وتسيل الإفرازات من كافة فتحات جسده ، وأنه لا يقوى على الوقوف أو حتى للحركة .. وإذا تحرك فإنه يحاول أن (يحبر) مثل الطفل .. وحين رأيته أصابتنى جيوش من اليأس والإحباط .. لأنه كان بالفعل هو نفسه المريض / المدمن الذي تعاملت معه نفسياً (من خلال جلسات العلاج) ، وقد وعدني ووعد أعضاء الفريق العلاجي بأنه قد (طلق الإدمان بالثلاث) ، فقد أدمن وانتكس عقب خروجه من المستشفى حتى قبل أن يذهب إلى منزله .. وظل على هذا الحال حتى عثرت عليه الشرطة في سيارته، وهو (يحقن) نفسه بالهيروين فقادته إلى المستشفى .

أما الدرس أو الدروس التي ما زالت أعيها حتى الآن، فتتلخص في :

- ١- أن الإدمان مرض مزمن .
- ٢- أن علاج الإدمان عملية معقدة ومتشابكة .
- ٣- أن الانتكاسة شيء وارد بشكل أكبر في مرض الإدمان .
- ٤- أن المدمن يستخدم عديداً من الحيل الدفاعية؛ حتى يعود مرة أخرى إلى الإدمان أو يستمر فيه .
- ٥- أن المدمن المتعافى يكون عرضة أو أكثر تهيئاً للعودة إلى الانتكاس .
- ٦- إن الانتكاسة قد تتكرر إلى درجة أن يشعر بعض المعالجين باليأس من تعافى هذا المدمن .



. وغيرها ... وغيرها من الندروس .

شيءاً الا انه كماتى به؟

نرى الواقع أن جميع العاملين في مجال الإدمان وعلاجه يواجهون بعدد من المشكلات، لنأخذ كمثال الانكسارات RELAPES بعد المرور بخبرة العلاج ، إضافة إلى وجود عديد من المفاهيم الخاطئة التي تسود ساحة الإدمان والعلاج الآن ، وعلى سبيل المثال ، اعتقاد المدمن وأسرته ، بل وترويج هذا المفهوم من قبل بعض الأطباء النفسيين وأصحاب المستشفيات الخاصة تحديداً بأن تطهير الجسم من الأعراض الانسحابية With drawal symptoms يقود إلى التعافى ، بل نجد عديداً - أيضاً - يروج فكرة : أنه بالإمكان حقن جسم المدمن بمادة معينة ، تجعله (ينفرد) من العودة إلى التعافى ، أو أنه قادر - من خلال فريق طبي - على تطهير دم المدمن من الدم الذي كان قد تلوث بسبب الإدمان وضح دماء جديدة وعفية ونقية وجديدة !؟ والواقع أن عديداً من العاملين في هذا المجال قد أكدوا مراراً أن الخروج من المؤسسات العلاجية ، والتي تم فيها للمتعاطين التحرر من المخدر لفترة أو أخرى يتكرر انكسارهم .

كما أن الرغبة في التعافى (كفعل واشتهاء نفسي) تظهر بصورة قهرية أو تظل تلح وتلح ؛ حتى تدفع بالشخص إلى الانكسار مرة أخرى، وتحت دعاوى متعددة مثل:

- \* تعافى مرة واحدة لن يضرك .

- \* إن يهدم شقائى أخذ جرعة من المخدر .

- \* أقسم أنها ستكون آخر مرة تعافى فيها (مع العلم أن هذا القسم ثم الحنث به يتكرر كثيراً إلى أن يقضى الله أمراً كان مفعولاً) .

- \* لن نكتشف الأسرة - أو أى فرد فيها - أننا قد تعافيت (ولا يقول انتكست لأن الانكسار من وجه نظره معناه أنه قد عاد ويعنف إلى التعافى مرة أخرى!)

- إن كافة الأسباب المهيئة للتعافى والانكسار تكون مازالت متوافرة في البيئة ، مثل : وجود المخدر ، المروجين ، أصدقاء التعافى ، حتى الشارع الذى كان يقابل فيه المروج ويستلم (حصته) من المخدر، إذا سار فيه (يثير) لديه (الشوق) إلى الانكسار.

- الرغبة القوية لدى بعض زملائه فى عودته مرة أخرى إلى الانكسار لأن تعافى (س) وعدم تعافى (ص) إنما يذكر (ص) أنه فاشل ، وأن (س) ناجح؛ ولذا لابد من عمل عديد من (الخطط) للإجهاز على هذا النجاح للمزعوم، وجر (س) إلى دائرة التعاطى مرة أخرى .

- حتى الطرد والعقاب والحرمان من بعض المميزات أو الحقوق من قبل الأسرة ان يحل المشكلة بل قد يزيد ها سوءا ، ولذا فإن الحقيقة التى يجب أن نعيها (سواء أفراد أو مؤسسات مجتمعية) أن العقاب لا يفيد خاصة فى مسألة الإدمان (وبعد أن يتمكن من الشخص) بل لا بد من التعامل من خلال منظور كلى / متكامل ، يقوم كل عضو من أعضاء الفريق العلاجى بدوره .

- إن الشخص - دون شك - يكون قد اكتسب عديداً من السلوكيات والخصائص والصفات عقب الإدمان ...

\* ألم يقتضى منه الإدمان أن يكذب ؟

\* ألم يقتضى منه الإدمان أن يسرق ؟

\* ألم يقتضى منه الإدمان أن يراوغ ؟

\* ألم يقتضى منه الإدمان أن يبرر (سواء لنفسه أو للآخرين) ؟

\* ألم يجعله الإدمان يستخدم سلاح ثقة الآخرين به فى غير محله ؟!

\* ألم يجعله الإدمان يتعرف على نماذج ما كان أبداً يخطر فى باله أن يتعامل معها ؟

ولذا... فإن التخلص من هذه السلوكيات واستبدالها بسلوكيات أخرى جديدة يحتاج إلى بعض الوقت .

- حتى أن بعض التعريفات التى اقترحتها الجمعية الطبية الأمريكية للإدمان أنه المرض القابل للانكسار ، وتشير معظم الدلائل إلى صحة هذا التعريف، وبالتالي إلى ضرورة اهتمامنا بالانكسار قدر اهتمامنا بالعلاج أو التعافى .

- إن كافة الدراسات التى أجريت فى مجال (تقييم) العلاج ومدى الانتكاسات فى الإدمان تؤكد أن نسبة التعافى قليلة ، ونسبة الانتكاس كبيرة . وعلى سبيل المثال نجد تشارلز . و. كروو Charles. W. Crewe ، الذى عمل لمدة (٢) سنوات فى الارشاد النفسى الخاص بالمدمنين المتعدى الانتكاسة فى وحدة تأهيل خاصة

بهم، وقد شارك فى البرنامج (٥٠٠) مريض مدمن عولجوا جميعا فى هازلدن (فى مدينة سنتر ، مينسوتا - الولايات المتحدة الأمريكية) لمدة تتراوح بين الشهور والسنوات ... فماذا كانت النتيجة أو التقييم له بعد هذه السنوات الثلاث والجهود العلاجية ؟

\* أفاد ٨٠ - ٩٠ ٪ من للذين انتكسوا (بعد حضورهم هذا البرنامج العلاجى أنهم انتكسوا بسبب :

\* لم يحضروا اجتماعات جماعة المدمن المجهول .

\* حضروا لمقررات محدودة .

\* انقطعوا عن الحضور قبل الانتكاسة مباشرة .

\* أهملوا فى المحافظة على أنفسهم .

\* ذكروا (أن مرة واحدة من التعاطى) لا تعد انتكاسة ؟

\* اقتصروا أنفسهم بعدم المواظبة على حضور البرنامج العلاجى؛ بحجة أنهم يعرفون أشخاصا قد (أقلعوا) من تلقاء أنفسهم ، ولكن كيف يستطيع أى مدمن معرفة ذلك دون تمرير نفسه لمخاطر الانتكاس ؟

- كما أن جماعات المدمن المجهول تؤكد فى كتاباتها المتعددة ذكر حقيقة موادها: أننا لا يجب أن نعتبر التعافى مكتملاً أو دائماً فى كل الأحوال، وأن جماعات المدمن المجهول لا تعترف إلا بالإقلاع الشامل الحاسم، وهو المحك الوحيد الموثوق فيه فى الوقت الراهن ، ولا ينبغي استعمال كلمة الشفاء على الإطلاق ، فى واقع الأمر؛ لأن المدمن لا يبرأ من مرضه بالمعنى المفهوم ؟ بل إن كل الذى يحدث هو : مجرد توقف عن نشاط الإدمان يصحبه تخمس فى شخصية المدمن ، ويظل احتمال الانتكاس قائماً حتى آخر أيام المدمن .. فقد أنتكس مدمنون بلغوا سن السبعين عاماً، وبعد سنوات طويلة من الإقلاع .

\* ولنبداً القصة من أولها :

- كيف وقع للشخص - أصلاً - فى الإدمان ؟

- كيف سار فى طريق الإدمان حتى وصل إلى هذه الدرجة من التدهور ؟

- كيف استغل (جهل) أسرته بالعلامات الدالة على التعاطى، واستمر فى التعاطى ؟

- وفى المقابل كيف يستغل (جهل) أفراد أسرته بالعلامات للمنذرة بالانتكاسة أو

حدوثها، ثم يعود إلى التعاطى والانتكاس ؟

فى الواقع أن أسباب ودوافع الإدمان كثيرة ، وتختلف من شخص إلى آخر.. لكن الشيء الثابت أن الفرد (يجرب) الإدمان وفق دوافع متعددة ، وبعد التجريب قد يحدث له الآتى :

- أ- الإقلاع التام وعدم تكرار هذه التجربة مهما كان .
- ب- محاولة التجريب مرة أخرى لأنه قد استشر نشوة ما .
- فإذا حدث وجرب مرة أخرى.. فقد يحدث :
- أ- أما أن يستقر - طول العمر - على المخدر الذى بدأ به التعاطى .
- ب- أو يغيره إلى أنواع أخرى من المخدرات .
- ج- قد يستقر به الأمر على :
- ١- الإخلاص لمخدر ما .

٢- أخذ أكثر من مخدر فى الوقت نفسه (المدمن المتعدد) .

والواقع أن الاستنتاجية تلك تقتضى منا نظرة سريعة لزيادة الفهم

١- سبب الإخلاص والتعلق بمخدر ما : فقد أكد عديد من الدراسات أن التعلق بالمخدر يعود إلى مجموعة من الأسباب والعوامل، أهمها السبب النفسى والمتمثل فى حقيقة أن للشخص يلجأ إلى المخدر لأسباب متعددة أهمها : أنه ينظر إلى المخدر على أساس أنه علاج ذاتى Self Medication لتخفيف المعاناة، مع تأكيد أقل على للمرض النفسى الشديد .

- إضافة إلى الفواص الفارماكولوجية (أى الدوائية والتفاعلية) للعقار ، وحالات الشعور التى تكتئاب الشخص من ناحية أخرى .

- خاصة إذا أخذنا فى الاعتبار أن بعض المخدرات يعمل على التنبيه، وبعضها يعمل على الهلوسة، وبعضها يعمل على الهدوء قبل النوم .

- فالعقاقير المخدرة المنبهة مثل (الكوكايين والامفيتامين) هى فى الأساس منشطات وتعمل لزيادة الطاقة ، وتزود المتعاطى بوهم التغلب على المشاعر المؤلمة بل وإيهامه أنه الآن فى حالة من (الفرقة) أو (النعشة) والسرور والمرح .

- وكذلك تعاطي الخمر (وعدم تغييرها) إلى مخدر آخر؛ لأن الخمر تحقق أو تشبع لدى الفرد عديداً من الاحتياجات النفسية ، مثل مساعدة الخمر لمعاطيلها-أن يكون اجتماعيا ، بل وأن يكون متفاعلا ومتحاورا - دون خوف- من الآخرين .

- والخلاصة : أن الشخص قد يلجأ إلى الإدمان كنوع من العلاج النفسي الذاتي لأي مشاعر أو أحاسيس أو اضطرابات يشعر أنه قد يقع فيها .. فكأن الإدمان هو بديل للمرض النفسي ، على الرغم من أن الإدمان هو في حد ذاته نوع من الاضطراب في الشخصية، مع الأخذ في الاعتبار أن هناك عديداً من الاضطرابات التي قد تصاحب أو تترتب على الإدمان، ويدخل المدمن في هذه الحالة تحت ما يسمى بالتشخيص المزدوج ، أي الإدمان وأي اضطراب نفسي آخر .

٢- أما لماذا يتقبل المدمن من مخدر إلى آخر : ففي دراسة استطلاعية للباحث ، وجد أن أغلبية (٧٠٪) من المنتكسين كانوا من الأشخاص الذين يستخدمون أكثر من مخدرين، أو أنهم كمثال قد بدأوا في تعاطي الخمر، ثم انتقلوا إلى مخدر آخر، مثل: البانجو أو الحشيش أو الماكس أو الهيروين .

- وسبب الانتقال من مخدر إلى آخر يعود إلى عديد من العوامل ، بعضها اجتماعي (مثل توافر المخدر / سهولة الحصول عليه / رخص ثمنه / أنه المخدر الأكثر انتشارا وقبولا في البيئة التي يعيش فيها المدن ..... إلخ) ، وبعضها يرجع إلى أسباب نفسية، مثل : أن المخدر الذي كان يتعاطاه ما عدا يعطيه النشوة والنتائج نفسها التي كان يأخذها من المخدر ، أو أن التكرار (مع المخدر نفسه) قد أفقد المخدر مفعوله ، أو أن الشخص واقع تحت عديد من الصغوط ويريد أن (يتمرها) بعدد من أساليب التعاطي ، وهنا يبحث المدمن عن مخدر أكثر قوة وتأثيرا ومفعولا . فهل كل مخدر يترك في المدمن آثارا نفسية ما ؟

وإذا كان يتعاطى أكثر من مخدر .. فكيف تكون ديناميات هذا المتعاطى ؟

والواقع أن تعاطي أكثر من مادة مخدرة يرتبط بعديد من العوامل والدوافع والأسباب، وأن عملية الفصل بين هذه الأسباب سوف تكون عملية جد معقدة ، وتقتضى فهما لديناميات الشخص ، وأساليبه الدفاعية وحيله النفسية ، وطبيعة علاقاته بالآخرين وغيرها من العوامل، (وسوف نخصص فصلا قادمًا للحديث عن ديناميات مدمن متعدد).

\* أما كيف وصلت درجة التدهور إلى هذا الحد... فالواقع أن من يصل إلى هذه الدرجة يكون (متعاطيا قهريا) أى لا فكاك له من الإدمان ، وهنا تظهر عليه الأعراض الآتية (والتي ذكرت فى ICD - 10) ، وهى:

- ١- صعوبة بالغة فى ضبط سلوك التعاطى ، سواء فى بداية أونهاية التعاطى .
  - ٢- رغبة لا تقهر فى تعاطى المخدر الذى اعتاد تعاطيه .
  - ٣- إهمال متزايد للأنشطة البديلة؛ لأن المخدر (قد أصبح محور ومرتکز حياته، وبالتالي (تتكشف أو تنقلص) رغبته أو انشغاله فى التفكير (ولا تقول الممارسة) فى الأنشطة الأخرى .
  - ٤- هنيئ شخصى من التعاطى، ورغم ذلك يتعاطى .
  - ٥- الاستمرار فى التعاطى، على الرغم من معرفة - أو حدوث - عديد من الأضرار المترتبة على ذلك .
  - ٦- احتمال وجود (زيادة فى التحمل) أى زيادة فى جرعات التعاطى؛ لأن الكمية التى كان قد اعتاد على تعاطيها ما عادت تقوم (بالتأثير) نفسه الذى كان يحدثه التعاطى من قبل .
  - ٧- حدوث حالة انسحاب أو تسمم فسيولوجى / بدنى .
  - ٨- المواظبة على استخدام المادة المخدرة بهدف تخفيف أعراض الانسحاب والوعى بذلك، بل إن هذه القضية تشغله جدا ، ولا يريد المدمن الوصول إلى حالة (الانقطاع) أى عدم تواجد أى مخزون من المخدر معه؛ حتى يواجه أى أعراض مؤلمة سواء أكانت جسمية / أم نفسية / أم حتى هلوسة عقلية . وإذا حدثت ثلاثة أعراض من الأعراض الثمانية السابقة، يجب على الفرد أن يعد نفسه فى عداد المدمتین (دون النوع الثقيل) .
- وبما أن الإدمان مرض متعدد الحلقات والجوانب، لا بد إذن من أن يكون لدينا - كأفراد مجتمع وبغض النظر عن أدوارنا الاجتماعية المختلفة التى نؤديها سواء أباء أو أخوة أو أعمام أو أخوال أو مدرسيه ، أو أصحاب عمل .... إلخ - وعى بكافة علامات وأعراض الإدمان .

علامات الإدمان أو الوقوع فيه والتي يجب أن ننتبه لها جيداً؛ حتى نواصل مع هذا الشخص رحلة التعافي والعلاج :

أولاً فى الأسرة :

١- يتجنب أفراد أسرته فجأة وبلا سابق إنذار ، بعد أن كان أحد المحاور المهمة والمتواجدة فى كافة المواقف الاجتماعية ، وهذا يجب على الأسرة أن تنتبه إلى هذا المؤشر، مفرقة بين حالة التجنب الطبيعية (نتيجة حدوث موقف ما قد أدى به إلى ذلك) وحالة التجنب المرضية (أو غير الطبيعية)، والتي يكون من ضمن محكانها الإدمان وإنشغال الشخص به عن محيط أسرته وما يحدث فيها .

٢- تقلب حالته المزاجية من النقيض إلى النقيض ، وفى الغالب يكون الشخص مرحاً ويشوشاً، ثم يتحول إلى التهمج / الحزن / السرحان / الاكتئاب، ويجب أيضاً أن تكون الأسرة قادرة على التفرقة بين :

أ - حالات القلب الوجداني والتي تحدث كأهم أحداث التغيرات الانفعالية فى مرحلة المراهقة .

ب- معرفة للحالة العامة السائدة (أو الطبيعية) لدى هذا الشخص من قبل ومقارنتها بالحالة للراهنة .

ج- فترات استمرار هذه الحالة .

د - إمكانية أن يكون الشخص هذا يعانى من حالة عدم «ثبات» أو «استقرار» انفعالى .

٣- اللجوء بكثرة إلى الكذب : والكذب كما نعلم هو قول أو رواية لأحداث غير حقيقية، بيد أننا يجب أن نلاحظ الآتى :

أ- أن نعرف بصورة دقيقة الفرق بين الكذب والخيال .

ب- أن نعرف كذلك الفرق بين الكذب والانغماس فى أحلام اليقظة .

ج- طبيعة الأكاذيب التى يرويها هذا الشخص، ومدى استفادة الشخص منها .

د - فترات الكذب .

هـ- متى يكذب الشخص ؟

#### ٤- ظهور بعض العلامات الجسدية من قبيل :

- أ - عيانه حمراوان .
- ب- وجود أماكن زرقاء فى ساعده .
- ج- يكثر من اللوم .
- د - الكسل .
- هـ - يشتاق بشدة إلى الحلويات .
- و - حدوث اضطرابات فى نومه (سهر مستمر أو نوم مستمر، أو تذبذب ما بين هذا وذاك) .

وحتى يكون الحكم سليماً لا بد من أن نفرق بين حالة المريض الصحية (مثل معاناته من مرض ما ، وحدث أى من الحالات السابقة بصورة طارئة ما كانت موجودة من قبل، أو ملاحظة مدى استمرار هذه السلوكيات، وهل هى فى حالة تناقص أم زيادة واضطراب ؟

#### ٥- ظهور تصرفات غريبة، مثل :

- أ - التمرد على السلطة (خاصة السلطة الأبوية والتعليمية وحتى سلطة البوليس) .
- ب- الدخول فى جدل حول أى شىء (حتى وإن كان من البديهيات) .
- ج- تجاهل القواعد والأعراف والتقاليد ومخالفتها .

د - لا يقبل أن يتدخل أحد فى شئونه متعللاً بأنه قد أصبح رجلاً ومسئولاً عن كل تصرفاته، وأنه الآن يعرف الضر من الحسن، وشكراً لاهتمامكم ولا داعى لإزعاجنا بصالحكم أو تدخلاتكم لأننى - بعد أدنكم - لن أنصاع لها حتى ولو كنت أظن أن فيها مصلحتى؟

هـ- يستخدم لغة غير مهذبة حتى فى مخاطبة أفراد أسرته .. فقد ينادى على والده ب «أنت»، وعلى أمه «أنت»، أو «يا ولية»، وقد تصل الأمور إلى حد السب والضرب ليس فقط لأشقائه الأكبر منه .. بل قد تمتد هذه الإهانات إلى الولدين إذا تجرأ وحارلاً إيقاف هذا السلوك الشائن .. لدرجة أن تكرار مثل هذا السلوك قد يصيب أحد الولدين أو كليهما بنوبة من الصدمة النفسية ، أو قد يترسب لديهما «خوف» من مواجهته ، وأن هذا الابن قد أصبح خارج نطاق السيطرة . وقد عرفنا وقرأنا عديداً من الجرائم التى تحالف فيها



الجد مع الأب على قتل الابن المدمن نظراً لما لقياه منه من إهانات وسب وضرب خارج حدود تصورهما ، أو قد يقوم الأب بقتل الابن بمفرده ، أو قد تشدرك معه الأم ، مقررين أن للتخلص من مسلسل الإهانات المستمرة لهما ليل نهار، وضياح هيبتهما هو الحل ، وإن يتأتى الحل إلا بقتل هذا الابن المدمن .

وفي كل الأحوال، علينا كآباء أن نفرق بين بعض هذه السلوكيات وطبيعة الفترة للزمنية التي يمر بها للشخص ، فنحن نعلم - مثلاً - أنه في فترة المراهقة يمر المراهق بأزمة تسمى : بأزمة الهوية .. حيث إن من سماتها : التمرد والتساؤل والجدل، ومعرفة من أنا ولمن أنتمى ولماذا أنتمى إلى هذا الشخص تخديداً، وإذا كانت به بعض النواقص .(لأن الكمال لله) فإن هذا يعطيني كمراهق الحق في التمرد على الأسرة وعلى التقاليد بل ومواجهة الأسرة بعيها ، وكأن هذا الابن - في تلك اللحظة - إنما «يحاسب» الأسرة - بل للمجتمع - على كل ما اقترفوه في حق من أفعال وأقوال واتجاهات وتشبته . بيد أنه حين يتمرد على الأسرة .. فإنه يصنوي تحت ثواء مجموعة من الرفاق أو الأصدقاء ، يكون مستعداً أن يبذل الغالي والرخيص من أجلهم ومن أجل تحقيق أهدافهم ، وهنا تتجلى خطورة (الشلة) التي ينضم إليها المراهق ، لأن تنفيذ أوامر (رئيسها) أمر لا يناقش، والله أعلم بطبيعة «نشاط» هذه «الشلة» وأهدافها التي تصبو إلى تحقيقها.

ومن أجل كل ما سبق، يجب علينا كآباء أن نفهم «طبيعة» و«دينامية» مرحلة المراهقة ، وكيف نتعامل مع «أبنائنا» المراهقين ، وأن أساليب التعامل والتي كانت تستخدم بنجاح معهم - أيام الطفولة والبراءة - ما عادت تصلح الآن ، وخاصة إذا كان الأب من النوع الذي يلجأ إلى العقاب البدني ، لم يعد الآن يخيف الابن الضرب ولا حتى القتل ، وأن العصا المرفوعة دائماً مهابة فإذا وقعت عرف مفعولها ، وتلاشى تأثيرها .. وأنت كأب قد جريت معه في السابق .. كل هذه الأساليب، وأنت القفرصة لكي «أرد لك الصاع صاعين» وأحاسبك على كل ما اقترفته معي من أثم وذنوب .. فهل أنت (كوالد) مستعد لأن تتوافق وتتغير مع طبيعة مرحلة التغيرات التي أمر بها الآن ، والتي أشهد مخاض ولادتها أم ستظل أنت (الطفل - الولد) العنيد والذي لا يتغير !!

٦- ظهور سلوكيات أخرى مريبة ، مثل :

أ - التسلسل ليلاً .

ب- للمبيت خارج البيت .

ج- مكالمات هاتفية مربية ويتحدث بصوت خفيض .. فإذا اقترب منه أحد أغلق الخط ، فإذا سألت قال لك : النمرة غلط .

د - تمر به فترات من اليأس وفقدان الأمل .

هـ- قد تعثر عليه الأسرة وهو يحاول الانتحار .

و- وقد ينتحر فعلاً (إما برغبة إرادية لأنه يأس من كل شيء وأى شيء أو ينتحر بطريقة غير مقصودة نتيجة لتعاطيه كمية من المخدر، أكبر من أن يتحملها جسمه وبالتالي يحدث حالة الـ Overdose أو الموت المفاجئ . وهنا تكون صدمة الأسرة لا تقدر . وكم من العلامات قد مرت أمامها وهي لا تسأل ، أو إذا سألت اكتفت بالإجابة التي قدمها الابن (المرحوم) ، دون أن تكلف نفسها عناء البحث والتحري أو حتى الجلوس معه لمعرفة كيف يفكر؟ ماذا يدور بداخله ؟ ولماذا قد تغير ؟ ولم يعد هو كما كان هو ، وكما كنا نعرفه من قبل ؟

وحين ذاك يكون الدرس قاسياً ... والعلامات السابقة مؤشرات واضحة يجب علينا الانتباه لها وأن نجعل (تربية) أولادنا «مشاريع حياتنا»؛ إذ ماذا يستفيدون من الأموال والعقارات وهم من للدخل خواء في خواء ؟

- ماذا يستفيدون من الثراء وهم في داخلهم في أمس الحاجة إلى الحوار، والحوار مع الآخر تعديداً أو مع أبويه بالذات ؟

- لقد قابلت عديداً من الآباء وهم في حالة انهيار : وكانوا لا يرددون إلا كلمة أو جملة واحدة : لم نقصر في حقهم .. عملنا ليل نهار لتوفير كل احتياجاتهم ثم نفجأ بأنهم قد أذنبوا ؟! أرحى انتحروا من الإيمان هروباً من وفي الإيمان ؟!

- ولقد ذكر لي عديد من المدمنين أن بيوتهم كانت أشبه «بالفندق» ، وأن كل شخص كان لا يرتبط بأي نشاط اجتماعي مع شخص آخر ، لا في طعام أو حتى في حوار، أو مناقشة موضوع ما ، بل كان يقابلون بعضهم البعض مصادفة ... هذا يدخل وذاك يخرج ... هذا يسرع والآخر يبطئ من خطواته مع آخرين في الشارع.

- وإذا كان الفقر والعوز والحاجة مذلة وهماً، فإن فقدان الحوار والتفاعل والانتماء مضيق ودمار وخراباً للنفس وللأشخاص بل وللمجتمعات .

### ثانياً : فى مؤسسات التعليم :

من المفترض أن يقضى الفرد كثيراً من سنواته منتظماً فى الدراسة ، ويجب أن تكون المدرسة ليست مكاناً فقط (للتفريغ) الطلاب وحصولهم على الشهادات وكم من المعلومات قد تقيؤه على ورق إجابات الامتحان، دون أن (يتغلغل) فى نفوسهم ويترك عديداً من الآثار الإيجابية، بل ويغير من اتجاهاتهم وقيمهم وعاداتهم وسلوكياتهم إلى الأفضل والأروع والأجمل .

ولذا يجب على المدرسة أن تراعى وتشبع كافة احتياجات الطالب أو المتلقى ربما أنه ليس عقلاً فقط ، فيجب أن نراعى الآتى :

أ - التركيز على التفهم وليس على الحفظ .

ب- التركيز على التطبيق وليس (كر) المعلومات دون سند .

ج- الاهتمام بالأنشطة الجسدية المختلفة .

د - توجيه الطالب إلى نوع النشاط الذى يتفق مع قدراته وميوله وإمكاناته .

هـ- ربط مناهج الدراسة بما يدور ويحدث داخل المجتمع ، وليس عيباً أن نذكر فى المناهج «المشاكل» الموجودة الآن فى المجتمع ، وأن نحفزهم على «التفكير» فى حلها، بدلاً من تقديم صفحات بيضاء بأن كل ما تقع عليه عينك فى بلدك جميل ورائع وظاهر وشريف .

و- أن يكون المدرس (محققاً) بمعنى أن يكون :

١- قدوة فى أقواله .

٢- أن تتطابق الأقوال مع الأفعال .

٣- أن يتفهم طبيعة النمر للطلاب الذين يتعامل معهم .

٤- أن ينشئ معهم حواراً أساسه الاحترام وتبادل المعلومات .

ولذا على العاملين فى مجال التعليم (بدءاً من الدراسة الابتدائية حتى الجامعية) مراعاة هذه العلامات والوقوف عندها طويلاً ومحاولة فض مجهلتها .

١- علامات عقلية : مثل :

أ - الشرود والسرحان .

ب- قلة الانتباه .

ج- أن تكون إجاباته غير متسقة .

د - نقص درجاته للتصيلية .

هـ - الغش واللقوة .

و- أنه عاجز تماماً عن متابعة الدرس أو التصيل .

ز- إذا سأله فجأة : فإنه يفاجئ ، فإذا حاولت أن تستفسر منه عن أسباب سرحانه، ذكر لك أسباباً بعيدة تماماً عن السبب الأصلى من قبيل :

١- إن التعليم عملية شاقة .

٢- حتى إذا أخذت الشهادة فهل تضمن لى العمل ؟ .

٣- وإذا عملت فأى أجر سوف أستلمه ؟

٤- وإذا أخذت الراتب فهل سيكتفىنى حتى آخر الشهر؟

٥- وإذا افترضت وأردت الزواج ... فمن أين لى بالشقة أو خلو الرجل أو حتى الحصول على «شقة صغيرة» فى المشاريع الجديدة الآن ؟

٦- وإذا افترضنا جدلاً أن الولد قد ساعدنا أو «عفريتاً» قد انشقت الأرض عنه ووفر لى : الشقة والعروسة والسيارة، فهل يكفى «المرتب» لمواصلة الحياة ؟

٧- وحتى لو عملت سوف أخطأ ولو أخطأت، سوف أنتحل إلى التحقيق ويتم للخصم من مرتب لا يستحق أصلاً أن يخصم منه «قلساء» .

٨- وأنى أعرف حرفيين تستطيع أن تقول باختصار أنهم قد أراحوا عقولهم ، وأن أيديهم (تلف فى حرير) وأن مجرد نظرة إلى موتور (أى سيارة مثلاً) سوف يحصل على (عشرة) جنيهات .

وهكذا تتسق التبريرات والمحارلات والتي قد تبدو للوهلة الأولى منطقية، بيد أنها بعيدة تماماً عن الموضوع الذى أثارها .

وهذا يجب الانتباه إلى مثل هذه «المهارات» .

٢- علامات جسدية : وتظهر فى:

أ- أن جسده يأخذ فى النحول .

ب- شهيته للطعام غير جيدة .

ج- وجود «تعب» أو كدمات فى ذراعيه .

د - وجود «تورم أو احمرار» فى أنفه .

هـ- دائما ما تكون عيناه حمراوتين أو منتفختين .

و - قد ينام فى الحصة أو للدرس .

٣- علامات سلوكية : مثل:

أ - الوصول إلى المدرسة متأخراً وتكون جعبته جاهزة بكافة المبررات من قبيل :  
المواصلات ، لجان للتفتيش / انفجار الإطارات الأربع للسيارة التى كان يستقلها  
ثم الوقت المستغرق فى تغييرها (بل يمكن أن يزيد من الحبكة الدرامية ، ويقول  
لك أن السائق قد اكتشف سرقة «محتويات شنطة سيارته» ومنها آلة رفع تغيير  
الإطارات (الكريك) .

ب- عدم احترام سلطة المدرسة، بل والتبجح معهم إلى درجة سبهم أو ضربهم ، أو  
إيقاع الأذى بهم عن طريق «تلفيق» محاضر ضرب، والحصول على «روشتات أو  
تقارير طبية تفيد إصابته وأن جسده ملئ بالرضوض والكدمات .

ج- يكون «محفوظاً» تماماً كاسم وكشكل من إدارة المدرسة ومن كثرة تردده (إما  
شاكيا من المدرسين أو من بعض زملائه، أو مشكو فى حقه من قبل المدرسين أو  
بعض زملائه) .

د - الغياب المستمر عن الدراسة وبأسباب واهية، وإذا أصرت المدرسة على إحضار  
ولى أمره (مثلاً) وكان والده غير معروف للإدارة المدرسية لا مانع لديه من  
الاتفاق مع أى رجل على تمثيل دور الأب (للحظات) أمام ناظر المدرسة مقابل  
أجر متفق عليه ، أو القيام بدور الأب لوجه الله، ولخدمة هذا (الأخ) الذى تهدده  
إدارة المدرسة (المفترية) بالفصل والحرمان من التعليم ، أو إلقائه فى عرض  
الطريق حيث الكلاب الضالة والقطط الشاردة!١٤

هـ - يسرق دائما حاجات زملائه إلى درجة أنه قد «يستولى عليها» عنوة وغصبا ،  
ويهدد هذا الشخص أنه إذا تجرأ وأبلغ عنه إدارة المدرسة فسوف يكون نهاره أسود  
مثل ليله تماما .

و - بينه وبين «أثاث» المدرسة ثأر (بايت) ، فطوال جلوسه إما يحفر فى الحائط لنقش  
اسمه ، أو لكتابة تاريخ ميلاده ، أو رسم قلب يخترقه سهمين ، أو يحطم زجاج  
النافذة ، أو يحاول فصل خشب المناضد بعضها عن بعض (وفى هذه الحالة  
تدريجياً، يجب علينا أن نفرق بين ما إذا كان هذا السلوك ينتمى صاحبه إلى نمط

الشخصية السيكياتية (وهو سلوك دائم ومتكرر ومعروف) وأنماط الإدمان ، وإن كانت أغلب الدراسات قد وجدت أن فئة السيكيوياتيين (أى الأشخاص المصادين فى سلوكهم لتقيم وعادات وتقاليد المجتمع ) إلى الإدمان وبكثرة ، أو أن انتقالهم من مخدر إلى آخر أمر وارد ، وفشل العلاج معهم شىء متوقع ، وأن الكذب والسرقة والتحطيم بل وإشعال النيران وتعذيب الضحايا أمر روتينى وعادى وتحفل به سجلاتهم .

ز - عدم المشاركة فى أى أنشطة سواء داخل المدرسة أو خارجها ، فإذا (غضب) عليه مدرس الألعاب مثلاً أن يمارس مع زملائه التمارين ، أو حتى يدخل فى (تقسيمه) (ماتش كورة) تطل يعديد من الأعداء الجسدية : قدى تؤلمنى .. لذى إصابة قديمة .. أو قد يزيد من درجة الدراما فيقول : لا استطيع ممارسة الرياضة لأننى باختصار مصاب بأمراض القلب ؟! وهذا غير حقيقى . ولكنه الرغبة فى الانطواء والعزلة وعدم مشاركة الآخرين فى نشاطهم ، وكيف له أن يفعل وكل (تفكيره وهمه الآن) محصور فى «المخدر وكيفية الحصول عليه، وكيفية تدبير (وجبة) من المخدر تجميه من الأعراض الانسحابية ، وتجعل الدماء تتدفق (بحرارة) فى عروقه، وتبعث فى (نفسه) الهمة والنشاط والحبور والحيوية ؟!

ح - يخلق المشاجرات ، ويخالف القوانين ، ويجد لذة فى ذلك .

ط - ينسك حول الأماكن التى يسمح فيها بالتدخين ، فإذا لم يكن الأمر كذلك كان أكثر المتوردين على دررات المياه (وخاصة فى المدارس ذات الإدارات المتشددة) وهو واثق أنه لا يستطيع شخص ما أن «يقتحم» عليه خلوته وهو يدخل أو حتى «يشم» أو يحقن نفسه بحقنة المخدر .

تلك كانت أهم العلامات التى يجب علينا كأسر ومؤسسات تعليمية أن نأخذها فى الاعتبار؛ حتى نتعامل بمنتهى الجدية مع شخص قد دخل إلى «الإدمان» ، وقيل أن تستفحل الأمور وتصل إلى طريق الللا عودة .. فهل نحن فاعلون ؟!

#### ما العلامات المنذرة بالانتكاسة؟

فى الواقع أن المهتمين بقضية الإدمان وما يشترك فيه من قضايا متعددة ، أهمها على الإطلاق - من وجهة نظرنا - الانتكاس ، قد سجلوا عدداً من العلامات التى تعد «منذرة» وجرس إنذار للفرد ولأسرته وللمتعاملين معه ، وأنهم إذا لم يتعاملوا بمنتهى الجدية مع هذه العلامات فسوف تحدث ... تحدث ، وإليكم هذه العلامات :

## ١- الخشية من الاستمرار فى الحياة دون مخدر أو شراب :

لعل الوقت والتفكير والمجهود وكافة السلوكيات التى اعتادها الممنع حتى يحصل على المخدر قد جعلته لا يتصور نفسياً أنه يستطيع أن تمضى به الحياة دون مخدر ... كيف ؟

\* إن المخدر قد منحنى المرح .

\* إن المخدر قد منحنى الثقة فى النفس .

\* إن المخدر قد جعل الآخرين يخشونى وينتبهون لى بعد أن كنت (كماً) مهملاً أو كنت منسياً .

\* إن المخدر قد حقق لى عديداً من اللذات الجنسية .

\* إن المخدر قد جعلنى أتعامل مع عديد من الإساءات التى تعرضت لها فهل تستطيع إن تستمر حياتى بدون مخدر ؟

إن أمامى حياتين ... حياة عشتها قبل أن اتعرف المخدر ، وحياة عشتها بعد أن تعرفت المخدر، والتى أدخلتنى فى عديد من السلوكيات : أطمعت وعصيت، انحرقت واستقمعت ، كذبت وسرقت ، أمنت مع الإدمان أشياء أخرى كثيرة... فهل أنا قادم على العيش فى حياة ثالثة تتجاوز حياتى قبل المخدر وحياتى بعد المخدر ؟ ... وإذا كانت آلام المخاض لم تتبلور بعد عن رؤية واضحة ... فهل أطمع أن أعيش حياتى الماضية (والتي كانت دون مخدر) إننى إذا واهم... فلا الماضى يعود لمجرد التمنى ... فأنا لست أنا ولا الزمان هو الزمان ... كل الأشياء قد تغيرت ... وأنا من الأشياء .. لم أعد أنا ذلك «الفر» البرئ الذى كان يصدق ويقنع بكل ما كان يقال له .. لا أستطيع أن أتصور حياتى بلا مخدر (إذا وصل الشخص إلى هذه الدرجة من صراع الأفكار وتعديدها، وإذا لم يجد شخصاً يصارحه بكل ما فى داخله فسوف ينتكس؛ ولذا لا بد أن نكون للممنع أصدقاء ، نفهم ديناميته ، طرق تفكيره ، ونعامل معه على قدم المساواة من خلال منحه : الأمان / الثقة / الحب / التشجيع / شغل أوقاته بما يفيد) .

## ٢- الإنكار وعدم تقبل الواقع وإلقاء المسؤولية على الآخرين :

يعد الإنكار من أهم ميكانيزمات الدفاع التى يلجأ إليها الممنع ، وعلى الرغم من أننا جميعاً كأفراد نستخدم وسائل الدفاع ، إلا أنها تكون لدى الممنع (بدائية) وغير ناجحة / وتستخدم بكثرة وليس فى الأوقات المناسبة ، ولذا فإننا فى علاج الإدمان

يتوقف نجاحنا أو عدم النجاح على قدرتنا كعمالجين على مواجهة : الإنكار والمقاومة السلبية أو الإيجابية التي يمتلكها المدمنون ، فالإنكار يتحول من حالة الشعور إلى حالة اللاشعور ، وتحدث (التدهورات) المختلفة دون أن يرمش جفن المدمن، بأنه قد حدث تغيير ، وإذا حدث تغيير أنكره . وسوف أقدم اعترافاً لمدمن قد ألقى باللوم على والده ، وذكر أن والده هو الذى يجب أن يعاقب لا هو ... وقد أوردت نص كلام المدمن - كما هو دون تدخل حتى دون إصلاح الأخطاء الإملائية أو اللغوية ... لأن اللحظات الطازجة والعفوية دائماً تكون مؤثرة ، وتترك آثارها فى النفس ، وتجعلنا تتغاضى أو نقض الطرف عن بعض الأخطاء (سوف نقدم ذلك لاحقاً) .

### ٣- الأسف على النفس :

يعلم المشتغلون فى مجال الإدمان أن طبيعة (الأنا) تختلف عند المدمن عن غيره من الأشخاص والآخرين ، والتي تقوم بعدد من الأدوار، أهمها : المحافظة على التوازن بين الرغبات التي تريد الإشباع الفوري ، ومراعاة عادات وتقاليد وقوانين الواقع ، ولنا أن نتصور أن وجود أى خلل فى قيام الأنا بهذه الوظيفة سوف يجر إلى عديد من الاضطرابات ، وتصيب مساحة الفرد ميداناً شرساً لعدد من المعارك بين أطراف متصارعة عدة ولها أهداف استراتيجية مختلفة ، ولذا فإن ديناميات المدمن أنه طفل غير ناجح ، وقد يتسم بصفات الطفولة ، ومنها : الاعتمادية / العناد / الثورة على أقل الأشياء / لا أحد يستطيع أن يمنع أو يقف أمام رغباته .. وأنه يرى للحياة من زاوية : الكل أو لا شئ فإذا لاحظ له فى الأفق أى عقبة ينشأ القلق والتوتر والاكئاب وكافة الأحاسيس والمشاعر والمظاهر المؤلمة التي تعد كجحيم مشتعل أواره ويريد إطفاءه بأى وسيلة وأى طريقة . وإذا زال الخطر يسود المرح والنشوة والارتياح ويشعر وكأنه «سلطان زمانه» حتى وإن كان مزيفاً .. كما أن عدم النصح يكون واضحاً أيضاً فى عديد من المظاهر ، مثل :

أ - لا يطبق التأجيل .

ب- يهدف إلى الإشباع الفوري .

ج- الرغبة فى أن يحيا بلا قيود .

د - الرغبة فى الدخول فى مغامرات مثيرة .

هـ - الرغبة فى «لفت الأنظار» .



و - سلوكياته بها «طفولة» بغض النظر عن طبيعة المرحلة العمرية، التي يخوض غمارها الآن .

ولذا .. فإن من أهم محاولات العلاج استئصال حالة «الندم» والأسف على النفس، أو إن المدمن لن يصل إلى هذه الحالة إلا بعد :

أ - أن يمتنع عن التعاطي .

ب- تبصيره بأضرار المخدرات .

ج- زيادة دافعيته للمشاركة في البرنامج العلاجي .

ولذا فإن إجبار أو دفع المريض إلى العلاج، دون أن «تتسل» الرغبة أو تكون نابعة من داخله لن يفيد ، ولن يصل إلى هذه الحالة من «الاعتراف» أو الأسف على النفس . وأن الدخول في «مواجهات» مع المدمن ، من قبيل حرمانه من بعض الأشياء، وعزله ، وتذكيره كل دقيقة بالآثار الضارة التي حاقّت به وبالأخرين - دون اختيار الوقت المناسب - سوف يقود إلى عديد من الآثار السلبية .. وأن الأسف على النفس .. لن يكون مجدياً إلا إذا اعترف به المدمن لآخر يتفهم هذه المشاعر ... ويتعامل معها من منظور نفس / دينامي / اجتماعي؛ لأن عدم وجود مثل هذا الشخص قد يدفع المدمن إلى : الانتكاس بل والعودة بصورة انتحارية، وكأن لسان حاله يقول : أدمنت وخسرت ... فماذا بقي لكى أخسر أكثر ؟!

- أسرة وتم طردنا منها ، وكانت (فضيحتنا) على رؤس الإشهاد... فلماذا تتوارى خجلاً؟ فلنكشف اللفظ عن وجوهنا وليكن بصرنا اليوم حديداً؟!

- عمل وقد تم فصلنا منه ... فكيف التزم .. وحتى لو التزمت فهل يقبلنى صاحب عمل آخر ؟ وما يدرينى أن رجال الأعمال لم يكونوا شبكة، يلفون بعضهم البعض بالبيانات والمعلومات، وبالتالي يكون مصيرى الرفض والطرد ؟!

- حتى الزيجة ضاقت بى ... وذهبت إلى المحاكم .. واستطاعت أن تسرق كل الأوراق التي تفيد أننى مدمن، وأننى قد خضعت للعلاج، واستطاع «المحامي» أن «يجلب» بصورته فى المحكمة ، وأن يتعاطف القاضى مع الزوجة ثم حكموا لها بالطلاق وقد أخذت كل شيء، وتركت لى الشقة «تصفر وتمرح» فيها الرياح ؟

- هل هناك مصائب أكثر من ذلك ؟

وسوف نقدم نموذجاً لأسف مريض على نفسه، ولكنه تم إبان فترة العلاج، وقد

تفهمت- كمعالج نفسي- هذا الأسف على النفس ... وظل هذا المريض فترة طويلة يتردد على العيادة الخارجية بلا انتكاس .

#### ٤- سرعة الغضب :

الغضب هو انفعال يسود حياة المدمن ، وقد اعتاد المدمن الثورة والانفعال لأتفه الأسباب ، وقد ينتاب المدمن الغضب ؛ خاصة في مراحل كثيرة إما مصاحبة للإدمان (مثل شك الآخرين فيه ، أو عدم وجود مخدر ... إلخ) ، وتزداد حدة الغضب بعد التعافي والخروج من المستشفى ولأى شيء ... إنه يريد أن يطبق القانون الإلهي ، كن فيكون، على الرغم من استحالة ذلك من الناحية الواقعية ، ولكن ديناميات الطفل التي تتلناه وتسيطر على حياته يجعله ينظر إلى الأمور كذلك، أو حين يصل غضبه من أى شيء يمكن أن يتخذ ذلك ذريعة للانتكاس ؛ فالغضب يكون ناتجاً عن الإحباطات التي يولجها الشخص عبر مراحل حياته المختلفة وما أكثرها ، سواء أكانت إحباطات نفسية أم اجتماعية أم مهنية أم مادية وغيرها ... ولذا إذا لمسا في .. للمدمن ثورة مع التقاليد وغضب مكتوم ، وعدم القدرة على مواجهة الواقع بكل إفرائذه فإن ذلك يكون مؤشراً لابد من أخذه في الاعتبار حتى يتم تصحيح المسار .

#### ٥- عدم الراحة أو الإرهاق :

ونقص أن المدمن لا يقيم توازناً محسوساً لكافة مفردات حياته ، فإذا كان لبدنك عليك حق .. فإن ذلك يختل من نظام المدمن المتعافى .. بل ويهمل صحته ؛ لأن بعض المدمنين المتعافين يتحول إلى مدمن عمل فيهمل صحته ، بل وحتى طعامه . وإذا كان المثل يقول : إن العقل السليم في الجسم السليم ، فإن التفكير الصحيح لا يصدر إلا من بدن صحيح ؛ لأن الشعور بالتوازن بل والمافية الجسدية يقود بلا شك إلى التفكير المنظم وإن الإرهاق المستمر ، وعدم التوازن ، بل وعناد الطبيعة قد يقود إلى عديد من الأحاسيس ، أهمها : الإحساس بالإرهاق والضعف والخوار ، وأن الأمور لم تعد كما كانت من قبل .

وقد لاحظنا أن عديداً من المدمنين المتعافين يبالغ في تناول المنبهات من قهليل: الشاي والقهوة ... دون تناول طعام ... وهذا في حد ذاته نوع من العدوان الموجه إلى البدن ... فإذا وصل إلى هذا الحد من الإنهاك، تخطر في سمائه فكرة مؤذلاً: قليل من الخمر - مثلاً - ينعش المعدة ، ويجعل الجسم ينتفض صحة وقوة ... وجرعة واحدة لا تضر . فإذا أقدم على تنفيذ هذه الفكرة ضاع كل شيء ، وكأس يجر

أخرى حتى يجد نفسه قد فقد سيطرته، وعاد إلى المخدر الذى كان يقاطعه بأكثر مما كان، ومعظم النار من مستصغر الشرر .

#### ٦- الكذب والتبرير :

ويكون فى البداية كذباً من النوع البسيط ، ويبدأ فى ممارسته عن قصد تجاه عديد من أفراد أسرته ثم زملائه فى العمل ... وهكذا حتى تصل الأمور إلى درجة أن يكذب على نفسه، دون أن يعرف أنه يكذب، وهذا هو التبرير، الذى يعد كعملية تلجأ إليها الأنا لحل الصراعات التى تدور فى الشخصية ، ويراجع بها دوافعه .. ومن هنا فقد يصطنع المدمن لنفسه الأعذار والمبررات حتى يتجنب فعل ما لا يريد أو حتى يفعل ما ينبغي تجنبه .. وإن لم ينتبه للشخص المتعافى لذلك أو الذين يحيطونه .. فقد يعاود التعاطى والانتكاس مرة أخرى .

#### ٧- فترات من الاكتئاب الشديد :

الاكتئاب هو الشعور باليأس المبالغ فيه والذى ليس له ما يبرره ، كما أنه ينتاب المدمن من حين لآخر ... وقد يدفعه ذلك إلى اليأس بل والتفكير فى الانتحار والسخط، وإثارة العدوان ، وقد يردد للمددوان إلى الذات ، والاكتئاب بصفة عامة شعور مؤلم ، كما أن الشخصيات المكتئبة - بصفة عامة - مرشحة للاكتئاب أكثر من أى شخصيات أخرى.. أمانا ؟ لأن الشخص الاكتئابى:

- مزاجه العام به إحساس من الحزن .

- يفتقد إلى الرغبة والحماس لكثير من الأشياء التى تثير الناس .

- معرض لدويات من هبوط المعنويات والحالة المعنوية (والتي قد تصل إلى الحضيض) .

- لديه إحساس قوى بالاكتئاب قد يستمر لعدة أيام .

ولذا.. فإن للشخص فى غمرة هذه المشاعر والأحاسيس قد لا يجد مفراً سوى تعاطى أى مادة مخدرة، تساعد على التغلب على هذه المشاعر، أو تصبح المادة تلك - باللمبة له - هى السلوك والأمل الذى يرفع معنوياته .

ومهم جداً للشخص المتعافى تحديداً أن يعترف بهذا الشعور وأن يتعامل معه ، وأن يقطع نفسه - أو يذهب إلى المعالجين - بأن التعاطى لا يفيد ، وعليه أن يعيش وحياداً دون مخدر، أفضل له من أن ينتكس وتصبح حينذاك لديه مشكلتان :

أ - مشكلة الاكتئاب .

ب- مشكلة الإدمان .

وإذا كان أحدهما يقود إلى الآخر .. فإن أحدهما - أيضاً - لن يحل مشكلة الآخر.

#### ٨- الملل والبطالة والفراغ :

جميع الدراسات قد أكدت أن الفراغ والبطالة والإحساس بالملل تعد أحد الدوافع التى تدفع الشخص إلى التعاطى ، وتستطيع أن نقول أيضاً وتدفع الشاب إلى الانتكاسة؛ ذلك أن قيام الحياة بلا هدف مقصود أو نشاط... كل ذلك يقود إلى الانتكاسة .

وأن الفراغ ، وعدم وجود مشاريع للمستقبل ، أو انخفاض مستوى الطموح ، قد يكون سبباً مهماً للانتكاس؛ ولذا يجب على المتعافى (وقبل أن يخرج حتى من المستشفى كما كنا نفعل) أن يثير هذه القضية مع المدمن ؟

- ما الذى تريد أن تفعله بعد خروجك من المستشفى ؟

- ما المشروعات التى تفكر فيها الآن ؟

ونبدأ فى مناقشته أو تحديد كل هذه الجوانب، بشرط أن نراعى عدة أشياء :

أ - مناسبة الهدف مع الإمكانيات .

ب- ألا تكون المشروعات فوق طاقة الشاب .

ج- ألا تحتوي كل إمكانياته وقدراته .

د - أن تكون الأهداف واقعية .

هـ- أن يكون التخطيط لحياته شاملاً ولا يترك هكذا - على الأقل فى الأيام والشهور الأولى - للصدفة أو العشوائية .

ولذا فإن عديداً من الدراسات التى أجريت فى مصر، وجدت أن البطالة وعدم شغل أوقات الفراغ بما يفيد يجعل الشاب (العاطل) يتجه إلى التدخين وتعاطى المخدرات، بل وإمكانة ارتكاب كافة السلوكيات الإجرامية ، وهذا أمر متوقع لماذا ؟

- لأن المثل الإنجليزي قد لخص مأساة العطالة فى هذا القول : أن الشيطان يوظف العاطل  
The devil employ the idle .

- إن استمرار حالة البطالة، وما يرافقها من حرمان ومعاناة، كثيراً ما يدفع الفرد المعتدل إلى إدمان الخمر والمخدرات .

- إن الفراغ وعدم شغل أوقات الفراغ بما يفيد قد يجعل المعتدل يسقط في هوة الاكتئاب والاغتراب، وربما يقدم على الانتحار ، حتى يتخلص من حياته ، وربما (ينتحر) في الإدمان .

- إن الفراغ والعطالة تدفع الشاب المعتدل إلى ممارسة كافة سلوكيات العنف تجاه الآخرين أولاً ثم الذات ثانياً ، ويذكرنا ذلك بقول (هيجل) : إنك بتفك الآخر إنما نفسك تقتل .

- ولذا يجب على من بيدهم مقاليد الأمور مراعاة هذا الجانب، وتوظيف الشباب؛ حتى لا يعطوا الفرصة (للشيطان) لكي يوظفهم .

#### ٩- أصدقاء التعاطي السابقين :

إن التعاطي - بلا شك يعرف الشخص على مجموعة من الزملاء في هذا المجال، وتدور اهتماماتهم حول هذا الأمر ، ولا نستطيع أن نطلق عليهم لفظ (أصدقاء) لأن الصداقة - كما تعرف - تختلف تماماً عما يتم في جلسات التعاطي ، واحتمال قائم لحالات من الخيانة والغدر والحسد والتدمير واستغلال أى معلومات أو نقاط ضعف، يكون المدمن قد أفصح بها لزميله هذا قبل التعاطي ، كما أن دخولهم في مجال الإدمان يجرحهم إلى عنيد من السلوكيات المدمرة .

وأعرف مدمناً دخل إلى المستشفى، واجتاز عملية العلاج بدافعية لا بأس بها، وقد تلقى أكثر من مكالمة تليفونية من صديق له يحثه على الخروج لأن الأحوال في الخارج على ما يرام (من حيث توفر المادة المخدرة ، ورخص ثمنها وأنه قد وفق في التعرف على «شلة» من «البنات» مما يجعل للجلسات مذاقاً حاراً أو مختلفاً .. لكن هذا المريض قد صار حتى بذلك ، وتعاملنا مع هذه الأفكار / الأوهام ... ورفض بعد ذلك تلقى أى تليفونات منه ... ولكن صاحبنا هذا قد انتكس ... وحين قابلته لأعرف سبب الانتكاس بعد ثلاثة أيام فقط من خروجه من المستشفى، وبعد أن مكث بها مدة تزيد عن الشهر والنصف حتى قال لي :

- هل تذكر الشخص / الصديق الذى اتصل بى ويحثنى على ضرورة الخروج .

- قلت له : نعم ... أتذكره ... وأتذكر أننا قد تناقشنا في هذا الأمر .

- هو السبب في انتكاستى .

- كيف ؟

- تصور وأنا خارج من باب المستشفى وجنته ينتظرني بسيارته ، قبالتي بالود والذرحاب ، وحدثته عن ضرورة أن «ينوى» ويدخل المستشفى ويودع، الإنسان ... فرعدنى خيرا .. ثم سألتى :

- ما رأيك بهذه الأغنية التى تذاع الآن من جهاز تسجيل السيارة .

- لا أهتم بها .

- إذا افتح التابلوه هذا (تابلوه السيارة) وستجد مجموعة من شرائط الكاسيت الجميلة الرائعة .

- وحين فتحت تابلوه السيّارة ... ماذا وجدت ؟ وجدت لفة بها «بودرة الهيرزين» وحين لامستها يدائى ... شعرت بقشعريرة ... ويعرق غزير يتنابنى ... وعظلى قد توقفت تماما ... وحين وجد حالتى تلك ... أخذ يقهق قاتلا لى :

- على رسلك ... ستتناول حبيبك .

- .....

- بقى يا خاين عايز تتعالمج وتكركننا إحنا للبودرة والموت ؟!

ولقد انتكس (صاحبنا) هذا .

والشاعر العربى يقول عن الصديق :

لا تسل عن الفتى وسل عن قريته

فكل فتى بقريته يعرف

ولذا .. فإن النصيحة التى تقدم فى هذا الشأن ... أن (يغير) المدمن المتعافى من أصدقائه أو زملائه الذين تعرف بهم إبان فترة التعافى ، لأنهم سوف يحاربون شفاه، كما أن تعافيه هو تذكير لهم بأنهم ما زالوا فاشلين ... وهم لا يحبون أن يكونوا كذلك .. ويصفونك إلى فتلتين لا ثلاث لهما :

- إما صديق تكون معنا فى السراء والضراء .

- وإما عدو يجب محاربته بشتى الطرق والوسائل .

ومن ليس معنا فهو ضدنا يجب محاربته .

#### ١٠- الغرور :

ويظهر هذا النمط من السلوك في تأكيد المدمن / المتعافى أنه الآن قد «طلق»  
الإدمان وبلا رجعة ، وأنه كى يثبت لنفسه ذلك.. فسوف يقوم بالآتى :

أ - التردد على أماكن التعاطى .

ب- احتمال أن يرى للمخدر .

ج- مشاهدته أو لمسه لأدوات التعاطى .

د - الاحتكاك بزملاء ما زالوا يتعاطون حتى الآن .

هـ- عدم الانتظام فى برنامج المتابعة بحجة أن القضية قد انتهت لصالحه، وأنه قد  
حسمها ، وأنه قد «صرع» الإدمان ودفنه فى باطن الأرض وإلى غير رجعة .

لكن كل هذه العلامات ... ما هى إلا نذير أنه فى طريقه إلى الانتكاس، وأن  
من حام حول الحمى أوشك أن يقع به أو فيه ... وطبعاً تنتهى كل هذه (الأقاويل)  
بم سقوط المدمن المتعافى فى الانتكاس مرة أخرى.. وفى البداية تتسلل الأفكار إليه فى  
صمت وفى خبيث من قبيل :

- جرعة واحدة لا تضر .

- أستطيع أن أثبت للنفسى أننى قادر على التحكم فى نفسى .

- جرعة واحدة لن تجر تجرعات أخرى، وسوف أثبت للمكابرين / المعاندين ذلك قبل  
أن أثبته للنفسى .

وفعلاً تبدأ الجرعة ولا يتوقف إلا بأن ينتشله أحد إلى المستشفى أو يلتقى حنقه  
نتيجة :

أ - للجرعة الزائدة .

ب- احتمال اختلاط مادة الهيروين بمواد أخرى .

ج- احتمال تعاطي أكثر من مادة مخدرة مما يفوق قدرة الجسم على التحمل، فيسقط قتيلا .

#### ١١- لماذا لا يتغير الآخرون ؟

وتلك تعد عقدة، ومشكلة ومحور حياة المدمن ... فالمدمن بعد سنوات من الكذب والخداع والمراوغة والسرقة ، وأضرار لا حصر لها قد أوقعها بأفراد أسرته وبالأخريين .. وبعد أن (يتم اكتشافه) بصورة مؤكدة سوف يفقد ثقة الآخرين به ، بل سوف يخسر عديداً من المساحات التي قد اكتسبها (قبل أن يتم اكتشاف أنه مدمن) .. فإذا دخل المستشفى ومر بالبرنامج العلاجي .. وبدأ يحدث عديد من التغيرات فى سلوكياته .. وحين يخرج إلى المجتمع ، فإنه يريد :

١- أن يستعيد بسرعة ثقة الآخرين فيه .

٢- أن يستعيد المساحات التي افتقدتها من قبل .

٣- أن يقوم بأدواره المتعددة التي كان يشغلها ، وقبل أن تندهور بسبب الإدمان .

٤- باختصار يريد أن ينسى الآخرين (مأساته أو القصة الماضية إبان فترة الإدمان) ، وأن يعودوا كما كانوا يتعاملون معه، قبل أن يزلق إلى هذا الطريق .

لكن على الممن المصافى أن يعلم :

- أن ثقة الآخرين ان تعود السرعة نفسها التي يتصورها، بل على العكس إن الثقة لكى تعود، فإنها تحتاج إلى عديد من الأساليب والأعمال (لا الأقوال) من جانبه .

- أنه قد خسر فعلا بعض المساحات ... وأن استعادتها إنما تعود إلى عديد من الظروف والملازمات، والتي قد لا تكون جميعها تحت سيطرته الآن .

- أن عليه أن يعرف أنه لا بد أن يمنح الآخرين الوقت الكافى حتى يستعيدوا ثقتهم فيه ... وأن الثقة فيه مازالت ضعيفة (إن لم تكن معدومة) ، إضافة إلى أنهم ما زالوا يبحثون عن مزيد من الأدلة على جديته وتعافيه ، وتغير سلوكه إلى الأفضل، وأنه فعلا بواصل الإقلاع والتعافى ... وطبعاً ان يستعيدوا الثقة من مجرد موقف عملى، بل من مواقف ... كل هذا وغيره قد يجعل ذلك للمدمن المتعافى يصاب بالإحباط والقلق والغضب .. وهى كلها عوامل قد تؤدى إلى الانتكاس .

والانتكاسة - كما نعلم - تنسلا إلى فكر الشخص المدمن ومن باب خفى؛ إذ يقنع نفسه مثلاً بتناول مهنثات (حبة واحدة لا تضر وإن تعجل بقيام القيامة) كما



ذكر لى هذه العبارة بالنص أحد المدمنين المنتكسين .

والعجيب أنه قد يلجأ إلى المهدئات عبر الأبواب الشرعية ... إذ يذهب إلى طبيب نفسى مشتكيًا من أعراض (قد حفظها عن ظهر قلب) ، لابد أن يكون الطبيب عند حسن ظن المريض ... فيكتب له الروشة ... محددا (الكمية والوقت) ... ويذهب إلى أى صيدلية ويعرفها بطريقة شرعية (ولا داعى لذكر عديد من الطرق الملتوية الأخرى لصرف الأدوية النفسية حتى دون روشتة ! ) ، ثم يبالغ فى أخذ الكمية ... ويمثل ذلك الأرض التى تمهد لفكرة الانتكاسة ... فإذا انتهى (شريط الحبوب) ... قال لنفسه : يا ولد أنت دلوقتى (مقطوع) وجرعة من الخمر لا تضر ، وشمة من الكوكايين لن تزلزل الأرض ، وإبرة من يودرة الهيروين لن تعجل بالنفخ فى السور ، وسوف أملك نفسى وإن أزيد على ذلك ... ومعظم الدار من مستصفر الشر .

\*\*\*

تلك كانت أبرز العلامات التى تدل على أن المدمن المتعافى سوف يدخل فى مجال الانتكاسة . وقد اكتفينا بالعوامل (١١) تلك ؛ لأنها تعد الأساس الذى يجب ملاحظته ... على الرغم من أن المهتمين بمجال الانتكاسة ودربوها يحددون دور عديد من العلامات الأخرى ، مثل :

- التظاهر بالطاعة الزائدة .
- الشعور بالضعف والهزال .
- عدم القناعة .
- الرفض الثام لأى مساعدة .
- عدم الانتظام فى مواعيد النوم .
- عدم انتظام مواعيد الطعام .
- فترات من الارتباك .
- آمنيات مستحيلة التحقيق ، يؤمن الشخص أنها سوف تحقق له السعادة .
- فقدان القدرة على التخطيط ؛ حتى لو وضع تصورا لأى تخطيط سوف يفشل .
- النظرة الضيقة للأمور .
- التدخل فيما لا يعنيه .

- سلوك إجبارى قهرى يزعج الآخرين .

- التمر دون سبب .

- التفكير فى التعاطى القليل .

- البدء فى التعاطى القليل .

- فقدان الثقة بالنفس .

## الفصل الثاني

المواقف التي تدفع إلى  
التعاطي والانتكاسة

أولاً : حصر لمواقف الانتكاسة من وجهة نظر  
المعالجين .

ثانياً : حصر لمواقف الانتكاسة من وجهة نظر  
المدمنين المنتكسين .



## الفصل الثانى

### المواقف التى تدفع إلى التعاطى والانتكاس

---

#### مقدمة :

لا جدال فى أن الإدمان عملية معقدة ومتشابكة ، وأنه مرض مزمن ( مثله تماماً مثل مرض السكر مع وجود بعض الفروق ) وأن الإدمان مرض يتطلب منا الآتى:

أ - أن نتقبل فكرة أن العمليات الفسيولوجية والتمثيل الغذائى لدى المدمن ، تختلف عن مثيلاتها لدى غير المدمن .

ب- هناك عديد من الأضرار التى تصيب المدمن ، ورغم ذلك ينكرها .

ج- أن الأسباب والدوافع التى تدفع إلى الإدمان تختلف من شخص إلى آخر .

د - أن الاحتياج النفسى للتعاطى يختلف - أيضاً - من فرد إلى آخر .

هـ- أن الدافعية للعلاج - أيضاً - تختلف من شخص إلى آخر ، بل فى الشخص الواحد من مرة إلى أخرى .

و- أن العوامل التى تدفع إلى الانتكاس - أيضاً - تختلف من شخص إلى آخر ، بل فى الشخص الواحد من مرة إلى أخرى .

وسوف نقدم فى هذا الفصل رؤيتين لحصر المواقف ، التى تدفع إلى التعاطى والانتكاس .

**أولاً : حصر لمواقف الانتكاس من وجهة نظر المعالجين :**

وقد تم حصر هذه المواقف من خلال :

أ - العمل مع المدمنين .

ب- القراءة المتعمقة لدينامياتهم .

ج- تعدد المواقف .

د - تعدد الميلول والاحتياجات لدى المدمن .

وقد تم صياغة هذه المواقف على هيئة (أسئلة) يجيب عنها (المدمن المنتكس)؛ حتى نقف - بعد التطبيق - بصورة موضوعية على (حصر) المواقف ،التي تدفع إلى الانتكاس ، وتكون تحت سمع وبصر المدمن ، وكذا للمعالج لمحاولة التعامل نفسيا واجتماعيا وتأهلييا مع هذه المواقف .

وقد تم حصر هذه المواقف فى :

#### أولاً : الانفعالات المزعجة :

أثبتت عديد من الدراسات أن المدمن تتناوبه دائما انفعالات ، تتميز بعدم الاتساق/ والحدة / والتقلب / وعدم الاستقرار ؛ بمعنى آخر : أن انفعالاته تشبه انفعالات الطفل ... حيث يرفض :

أ - التأجيل .

ب- يريد الإشباع الفورى .

ج- يريد أن يلبى الآخرين كافة احتياجاته ، حتى وإن لم يفصح عنها .

د - أن كلمة (الآخر) تمتد لتشمل جميع الأفراد الذين يتعامل معهم بدءاً من الأم والأب ، وانتهاءً بأى (بائع) أو (شخص) ما فى الطريق .

وإذا كان من قوانين الحياة :

أ - ضرورة التأجيل .

ب- اختبار الواقع .

ج- مراعاة ظروف الآخرين .

فإن مثل هذه (القواعد التى لا جدال فيها) لا يحتملها هذا الشخص ، بل ويعتبر أى عقبات ، أو تأجيل إحدى رغباته إنما هى من قبيل (المؤامرة) ، التى تهدف إلى الإحاطة به ، فيتحول الانفعال إلى غضب ، والغضب إلى عدوان ، والعدوان قد يكون:

أ - لفظياً (سب) .

ب- بدنياً (إيذاء) .

ج- لفظياً وبدنياً (سب وإيذاء) .

والى من سيتحول هذا العدوان ، فقد علمتنا الدراسة المتأنية لهذا السلوك أن العدوان (يقرغ) فى ثلاثة مسارات ، هى :

- أ- أن يوجه إلى مصدر الإحباط .
- ب- أن يوجه إلى مصدر بديل ( في حالة عدم القدرة على مواجهة المصدر الرئيسي / المسبب للإحباط ) .
- ج- إذا انغلقت كل الطرق فليس هناك سوى النفس / الذات .
- وإن إيلاء النفس يأخذ عدة مصادر وأشكال ، مثل :
- أ - اللوم المستمر للذات .
- ب- الشعور بالذنب .
- ج- احتقار النفس .
- د - فقدان الثقة بالنفس .
- هـ- التفكير في الانتحار .
- و- إهمال الصحة بل وتعرضها للخطر .
- ز - رفض تناول الطعام أو الأدوية .
- ح - الإدمان .
- ط - المبالغة في ممارسة الجنس .
- ي - الانتحار .

ولقد تم حصر تلك الانفعالات المزعجة ، والتي تسبب الانفعالات في :

١- الإحساس بأنه السبب في المصائب التي تحمل به : ولا شك أن هذه نظرة غير موضوعية للأمور ، لأن (الموضوعية) تقتضي أن (يوازن) الشخص بين كافة العوامل والأسباب التي أدت إلى نشأة أو وجود مشكلة ما ، ويجب ألا يتوقف الشخص طويلاً أمام ذلك .. إذ بعد : للتشخيص يبدأ فوراً في وضع أسس العلاج . أما أن يظل (يندب) حظه العاثر ، ويبكي على الأطلال دون أن يفكر في الخروج من هذا المأزق .. فهذا هو الخطأ بعينه .

٢- أخشى ألا تسير الأمور كما أشعنى أو أمتنى : وقد تحدثنا عن ذلك سابقاً ، لأن المدمن إذا دخل إلى المستشفى ومر ببرنامج العلاج .. فإنه يريد من فوره أن يستعيد كل أدواره وكل ثقة الآخرين ، وينظر إلى شك الآخرين والنظر إليه بحذر

إلى أنها (احتياطيات غير مبررة) وغير مفهومة ... مما تولد لديه مشاعر الغضب والرفض .. وهكذا .

٣- أغضب لما وصل إليه الحال : إن السير فى طريق الإيمان وتسلح المدمن بوسائل دفاعية من قبيل الإنكار والتبرير والإسقاط .. كل هذه الوسائل الدفاعية سوف تجعل المدمن يصاب (بالعمى) [سواء عمى الإبصار أو القلب أو العقل] .. وبالتالي لا يدرك هول ولا طبيعة الأضرار والخسائر التى أصبحت تحيط به ، والمساحات الشاسعة من الأرض التى يخسرهما .. كأن الإيمان قد أدخله فى غيبوبة ، وحين ينتظم فى البرنامج العلاجى فإنه يريد فور الخروج من المستشفى أن يجد كل الأمور تسير على ما يرام أو (كأن شيئاً لم يكن) .. فإذا وجد عكس ذلك ... فإنه يغضب .. والغضب انفعال مؤلم ، لابد أن يعقبه التفكير الجدى فى: كبقية التعامل معه - ولما كان المدمن غير مدرب على التعامل مع مثل تلك الانفعالات .. فإنه يلجأ إلى أسهل الطرق : تناول مهدئات أو يقول لنفسه العبارة الشهيرة (لكل من يريد أن ينتكس) : «جرعة واحدة لن تضرك ولن تجعل القيامة تقوم» .

٤- تخطط الأمور فى ذهنى ولا أدرى ماذا يجب أن أفعل تحديداً : هذا هو واقع المدمن فعلاً .. فقد جعله الإيمان يتعد عن ممارسة أدواره .. وحين يأس منه الآخرون تركوه وشأنه فترة من الوقت .. فزاد من إيمانه .. ثم وصلت الأمور إلى درجة أنه الآن لم يعد يميز بين :

- أى الأعمال سيلتحق بها ؟

- أى الإثاات سيقترن بها ؟

- أى الأشخاص سيأمن له ويدخل معه فى صداقة ؟

- أى القرارات يجب عليه اتخاذها الآن وفوراً ، وأليها يؤجلها إلى وقت قادم ؟

ولذا على البرامج العلاجية الجيدة - فى هذا المجال - أن تأخذ مثل هذا الأمر فى الحسبان ، وأن تناقش هذه القضية تفصيلاً مع المدمن المتعافى ، وقبل أن تطأ قدماه إخراج المستشفى .

وغالباً ما تكون الموضوعات التى يجب مناقشتها (وأن يعرف المدمن المتعافى رأسه من قدميه فيها) ، مثل :



- ١- العمل .
- ٢- الأسرة (أسرة المدمن المتعافى) .
- ٣- الزوجة والأولاد .
- ٤- الأصدقاء .
- ٥- أين سيمكن .
- ٦- كيفية فضائه وقت الفراغ .

ولا مانع - كما كنا نفعل - أن نجرى اتصالاتنا مع الأطراف الخارجية التي يهمها أمر هذا الشخص فى مشاركتنا فى رأى ، وأن يقدموا لنا تصوراتهم حتى يقرر الفريق العلاجى خروج المدمن المتعافى ، وقد أنصحت الأمور وتبقى فقط خطوة التنفيذ وإثبات حسن النية ، ومعارك استعادة الثقة بين المدمن المتعافى وكل الأشخاص المحيطين به .

#### ثانيا: عدم الارتياح الجسدى :

بداية .. قد يلجأ المدمن إلى التعاطى كنوع من العلاج الذاتى من بعض الآلام الجسدية أو المشاكل الصحية التي يعانى منها .. وهذه حقيقة قد أكدها عديد من الدراسات والأبحاث فى هذا الصدد ، ثم يفاجأ الشخص - بعد فترة من تعاطى المخدر- دون استشارة طبية طبعاً ويحريض من زملاء التعاطى - بالوقوف أمام حقيقتين ، هما:

أ - أن الآلام والاضطرابات الجسدية ما زال يعانى منها .

ب- أنه الآن يواجه مشكلة جديدة إلا وهى : الانشغال الدائم بالإيمان والتعاطى وكيفية توفير المادة المخدرة ... إلخ ، هذه الدائرة المحكمة والانهائية .

ولذا فإن عدم الارتياح الجسدى يظهر فى عديد من السلوكيات ، مثل :

- ١- لا يأبى النوم بسهولة : لا جدال فى أن النوم عامل مهم جداً لانتظام الإيقاع البيولوجى للشخص ، وأن فترات النوم تختلف من شخص إلى آخر .. إلا أن الشيء الدائب : أن جميع الكائنات الحية تنام وإن لخطفت فترة النوم ، وأن تعريضها لعدم النوم قد يقود إلى عديد من الاضطرابات .. ولا شك أن دورة الحياة وانتظام أشكالها لدى المدمن يحدث لها خال نتيجة للتعاطى وطقوسه .. إذ قد يصل الليل بالنهار.. أو قد يحدث العكس مما يقود إلى خلل فى (ساعته

البيولوجية) .. ويرى المدمن المتعاطى نفسه يعانى من اضطرابات فى إيقاع النوم .. وما أن يضع رأسه على الوسادة حتى يدخل فى عديد من التفكير ، والقلق ، والاضطرابات .. أو يكون نومه متقطعاً أو يجد صعوبة فى بدء النوم .. أو إذا أستيقظ لسبب أو لآخر قد يجد صعوبة فى مواصلة النوم مرة أخرى ، ناهيك عن الأحلام والكوابيس التى تنتاب المدمن المتعاطى .

والمفروض (حل) هذه للمشكلة من قبل أعضاء الفريق العلاجى ، ووضع خطط علاجية يتبعها الشخص - وهو ما زال بداخل المستشفى - حتى لا يواجه بهذه للمشكلة حين يكتب له للخروج للنهائى من المستشفى ؛ لأن الاضطراب فى النوم قد يكون أحد الأسباب الدافعة إلى الانكاس .

٢- الإحساس بالدوخة والرغبة فى أن يظل يقطاً متبعها : حيث أثبت عديد من الدراسات أن اللجوء إلى المخدر يتم بواسطة دوافع واحتياجات متعددة ، ومنها: الرغبة فى السهر واليقظة إلى أطول فترة ممكنة ، وقد أثبتت الأبحاث التى أجريت على فئات العمال ذلك فى الدراسة ، التى أجريت بواسطة المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ... ويجب أن يكون المدمن المتعاطى قد تعلم إبان انتظامه فى البرنامج العلاجى حسم هذه القضية مع أعضاء الفريق العلاجى ، من خلال الإجابة عن هذه التساؤلات :

أ - ما الهدف من السهر ؟

ب- هل ظروف عمله تقتضى ذلك ؟

ج- ما فائدة أن يظل متبعها ؟

د - لماذا يلجأ إلى وسائل (مصطنعة) لزيادة نسبة السهر ؟

هـ- هل تميز حياته ( من الممكن) دون أى متبعها أو وسائل صناعية ؟

ولا شك أن الإجابة عن كل هذه التساؤلات ومناقشتها مع المدمن المتعاطى تدفعه إلى مراعاة هذه للعلامة ، والتى قد تدفع إلى الانكاس ، ما لم يتم التعامل معها من خلال أسلوب علمى / موضوعى .

٣- يتابعى الغثيان والقرىف : ذلك أن المدمن - بعد المرور بتجربة الإدمان يكون قد اكتسب عديداً من الأساليب السلوكية ... وحين يخضع للبرنامج العلاجى فإننا لانتوقع أن زملة هذه (الأعراض السلوكية السيئة) سوف تنتهى وفوراً ؛ لأنها تكونت على مر الأيام ، ودون شك فإن تعديلها يحتاج إلى بعض الوقت والجهد

والمقابلة .. إلا أن المدمن المتعافى يريد أن :

أ - يتغير الجميع مثلما هو قد تغير (أو هكذا قد يظن ذلك) .

ب - الرغبة في استرداد الثقة .

ج - القدرة على مجادلة الآخرين حتى يثبت لهم أنه على حق .

د - أن الأمور لا تسير كما كان يود أو يحب أو يتمنى .

وكل ما سبق مجرد مؤشرات قد تدفع إلى الانتكاس .. لأنه إذا لم يتفهم ديناميته (بدرجة معقولة) ، وكذا فهم كيفية إدارة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين .. وإذا لم يتفهم ذلك (ومن خلال أعضاء الفريق العلاجي) ، فسوف يكون مصيره الانتكاس .

#### ثالثاً : الانفعالات السارة :

مثلما تدفع الانفعالات المؤلمة إلى التعاطي ، فقد تدفع الانفعالات السارة إلى التعاطي والانتكاس أصلاً .. لدرجة أن هناك نظرية قد تبناها العلماء الذين اهتموا بالإدمان وتعميداته من حقيقة : أنه يجب أن يفسر الإدمان من خلال نظرية اللذة ، وأن المخدر يجب أن يحدث لذة ليكون ذا قوة إدمانية كبيرة كما هو مفروض . ولذا فإن المخدرات - كما توصل عديد من الدراسات - يستخدم من أجل (زيادة مفعول اللذة) Drugs For Pleasure ، وفي هذه الحالة تستخدم المخدرات في عديد من المواقف الاجتماعية كمرطبات لزيادة الشعور باللذة / تسهيل التفاعل الاجتماعي مع الآخرين / الدخول في مود Mood للموقف .

ولعل نظرية إبراهيم ماسلو Maslow خير نموذج على ذلك ؛ إذ إن الحاجة إلى زيادة اللذة تكون الهدف من وراء استخدام المخدرات ، إلا أن المشكلة تأتي أنه بعد فترة يرتفع مستوى اللذة حتى يصل إلى القمة ، ثم يأخذ خط اللذة بعد ذلك في الانخفاض (حتى يعود الفرد إلى حالته السابقة) انطلاقاً من حقيقة أنه لا أحزان تدوم ولا أفراح أو نشوة تدوم ، وإنما لكل شيء وقت ، والمهم أن نعرف جيداً متى نفرح ومتى نحزن ومتى نتقبل ذلك ، أو أن هذه حالة استثنائية أو حالة مرضية ، تقتضي منا الذهاب إلى المعالج أو الطبيب للاستشارة .

لكن للأساسة أن الكمية التي كانت (تجلب) أو (تزيد) من درجة الشعور باللذة ومع مرور الأيام تفقد أهميتها بعد فترة ، فيضطر الفرد إلى زيادة الكمية أملاً في الوصول إلى (النشوة الماضية) ، أو قد يدفع إلى زيادة الكمية انطلاقاً من أن الموقف

بحتم ذلك الاحتفال بمناسبة سعيدة مثلا ، وإن نمر هذه المناسبة دون أن يحتفى بها ..  
أو قد يزيد الكمية تحت وهم :

أ - أن يشبع نفسه من هذا المخدر إلى درجة التخمة وبعدها سوف يذهب من تلقاء نفسه للعلاج وقر الأيام ، ولا يذهب إلى المستشفى إلا فى ظروف خاصة واستثنائية جدا .

ب - الخوف من أن يفقد المخدر نتيجة لوجود مشاكل فى توفيره ، من قبيل القبض على المروج أو زيادة سعر مخدره المفضل فى سوق المخدرات الآن .

ج - الخوف من أن يرتفع سعر هذا المخدر ، فيقول لنفسه : لأصل إلى درجة التخمة من هذا المخدر ، قبل أن أفقد قدرتى على شرائه .

د - أو قد يظن أنه مهما تعاوى .. فإن يصل بعد ذلك إلى حالة النشوة التى كان يصل إليها من قبل .

وعموما .. فإن المشاعر المفرجة أو السارة التى تقود إلى الانكاس ، هى :

١ - أحس بالارتياح والشفقة فى النفس .

٢ - تكون كل الأمور على ما يرام .

٣ - أحس بالرضا لإنجازى عملا ما .

٤ - أن يحدث لى حادث سار ، ولا بد أن نحتفل بهذه المناسبة .

ولعل مثل هذه المواقف من أكثر الأسباب والدوافع التى تدفع إلى التعاوى أو الانكاس ، حتى إذا لم يجد (للمدمن المتعافى) الموقف .. فإنه يخترعه اختراعا ، ومن خلال خبرتى فى هذا المجال سمعت من مدمنين قد انتكسوا أسبابا كثيرة :

\* مثلا مدمن قد انتكس - بعد العلاج - نتيجة أن زوجته حامل .

\* مدمن آخر - بعد العلاج - قد انتكس حين أخبرته زوجته أنها تحبه ، وأنها متمسكة به حتى آخر العمر .

\* مدمن آخر - بعد العلاج - قد انتكس لأن شقيقته قد أنجبت ولدا (ذكر) ، بعد أن ظلت لمدة (٥) سنوات بلا إنجاب .

\* مدمن قد قرأ فى جريدة أنه تجرى محاولات مستميتة الآن لإيجاد علاج لمرضى الإيدز HIV ، وأن للعقار فى مرحلة التجريب ، وسوف يعطى نتائج مبهرة وجيدة

إذا تم تطبيقه على البشر، ففرح لذلك قائلا : ألا تستحق هذه الأخبار أن أتعاطى فرحا ونشوة ؟ أليست أخبار الآخرين تعطينا قدر تعاستنا لما يصيبهم من آلام .. ولقد أردت أن أعبر عن سعادتي لذلك فانتكست .

رابعاً : اختبار مدى قدرة المرء على التحكم فى نفسه :

ويؤثر هذا المحور قضية على جانب كبير من الأهمية، ألا وهى قضية : مركز التحكم Locus of Control ، وللتى اشتقت من نظرية التعلم الاجتماعى ، ولذا فإنه مفهوم حديث نسبياً ، وقد استخدم استخداماً واسعاً فى عديد من المجالات .

لكن ما يعنينا فى هذا المقام هو: ما طبيعة مركز التحكم لدى مدمن المخدرات؟ وهل يصل المدمن - كما هو الرأى الشائع - إلى درجة أن يصل إلى أن يكون مسلوب الإرادة أمام المخدر؟ أو بمعنى آخر : أليس لدى المدمن مركز تحكم داخلى / ذاتى أمام المخدر ؟ وهل يختلف مركز التحكم عند مدملى الكحوليات عن مدملى المواد الأخرى المخدرة ؟

أ - وعموما لا يتسع المجال للإجابة عن تلك التساؤلات هنا (إذ قد يتناول الباحث الإجابة عن تلك التساؤلات وغيرها فى أطروحته للدكتوراة (١٩٩٦) .

ب - والذين اهتموا بمركز التحكم قد ميزوا بين نوعين من الأفراد ، ومن زاوية التحكم والضبط لسلوكهم :

الفئة الأولى : وهم الأفراد أصحاب الاعتقاد فى الضبط الخارجى .. وهم يعتقدون- إلى درجة اليقين - أن كل ما يحدث لهم من (حوار أو كوارث أو أحداث سارة أو مؤلة إنما يحدث دون تدخل منهم ، وأن الحظ والصدفة والعشوائية تلعب (دور البطولة) فى كل أحداث حياتهم .. ثم يقدمون لك سجلاً ببعض تلك الأحداث (ومنها بالطبع : الإيمان) .

الفئة الثانية : وهم الأفراد أصحاب الاعتقاد فى وجهة الضبط الداخلى .. وهم على العكس تماماً من أصحاب الفئة الأولى ؛ لأنهم يعتقدون أنه لا مكان للصدفة أو العشوائية أو الحظ فى أحداث وأمر حياتهم ، وإنما ما يحدث لهم مرتبط : بالذكاء / التخطيط / التفاعلية الاجتماعية / الإرادة / المثابرة / رسم أهداف طموحة / اكتشافهم لذاتهم .

ج- إلا أن هناك وجهة نظر أخرى من جانب العلماء ، قد رفضت هذا التصنيف الدقيق على أساس فلتين من الناس فقط ، بل الحل الصحيح هو أن نتخيل الأفراد تقع أو تتوزع على درجات على متصل Continuum يمتد بين النهايتين : نهاية التحكم الداخلي ونهاية التحكم الخارجي ، وأن الأفراد يختلفون في الدرجة وليس في النوع ، شأنهم في ذلك شأن اختلافهم في أى صفة شخصية أخرى .

د - وبالتالي لن يكشف الآخرون ذلك .

هـ - وبالتالي - أيضا - سوف يكون عند حسن ظن الآخرين .

#### خامساً : الإغراءات والحوافز :

إن الدوافع التي تدفع الشخص إلى الإدمان، ثم الاحتياجات المختلفة التي تشبعها لديه هذه المخدرات .. ثم مروره بتجربة العلاج .. بيد أن الوقت المستغرق في الإدمان ، وكذا نوع المخدر .. ثم الأحاسيس المختلفة التي كانت تتناوبه لا شك أنها سوف تظل عاقلة لفترة ما في ذهنه .. وليس من السهولة (محو) هذه الأحاسيس من ذاكرته (لأن الانتقاء وهولب بالاختيار) .. وهناك عديد من النظريات التي فسرت هذا الاتجاه ، ومنها نظرية (إليس) في العلاج العقلاني الانفعالي ، والتي تقوم على حقيقة مودلما : أن أى إنسان لابد أن نجد تشابهاً بين عديد من جوانبه ؛ فالفكر يؤثر في الانفعال وكلاهما يؤثران أو ينعكسان في السلوك ، وأن الإنسان عندما يفكر فإنه يفعل، وإذا فكر فإنه يتصرف ، وإذا تصرف فإنه يفعل أو يفكر .

ولذلك تظل الإغراءات التي تطارد الإنسان المدمن (المتعافى) متمثلة في :

١- التذكر الدائم لذة المخدر .. وأحيانا تتناوبه هذه الفكرة .. فإذا استغرقه التفكير في ذلك ، هباً نفسه انفعاليا ووجدانيا لذلك .. ثم يملك سلوكا .. قد يدفعه إلى الانتكاس .. لأنه يتساءل : منذ أن أقلعت عن التعاطي ، وأنا لا أجد أى لذة في أى نشاط تعادل أو تقارب اللذة ، التي كنت أحصل عليها من المخدر .

٢- قد هاجت الذكريات ولم أعد أحتملها .. لماذا ؟

يقول لك المدمن المنتكس :

أ - حين قابلت المروج (التاجر) الذي كان يمدني بالمخدر ، شريط سينمائي طويل قد جرت مشاهد أمام عيني .. فلم أملك سوى أن أقول له : هل معك جرة أتصبر بها .. أنا مقطوع وحياتي عدم .

ب- حين سرت في الشارع الذي كان يقابلني فيه المروج .. مجرد المرور فيه،

لأعاج الذكريات وجعلها (تمر) أمام ناظرى ، قلم أملك سوى الخضوع فامتثلت .

ويمكن حصر المواقف التى تقود إلى الانتكاس (ومن قبل التعاطى) فى :

١- الإحساس بأن الآخرين لم يعودوا - كما كانوا من قبل - يتقبلوننى ، أو أننى ألحق ذلك فى : نظراتهم / هماسهم / حركات أجسادهم ... إلخ .

٢- أن هناك بعض الأشخاص الذين يقفون فى طريق حياتى ، ولا يريدون أبداً أن يتركنى وشأنى .. وأن هدفهم الوحيد - ربما فى هذه الحياة - هو تدميرى .

٣- الناس دائماً ما تتوتر .. لا يتحمل أحد (تجاوزات الآخر) .. لذلك دائماً ما يتشاجرون وأحياناً تنشُب الخلافات ، بل وتقع المشاجرات وربما تنشُب المعارك على أشياء تافهة ، فإذا سألت عن العلاقة بين ما يحدث فى الشارع أو الباصات (كسلوك عادى ألفه الناس) وانتكاسته ، فيقول لك : ألا يجعلك كل ذلك تصاب بالتوتر ؟

- ألا تعلم أن التوتر يعدى ؟

- ألا تعلم أن رؤية المشاجرات والسب وتبادل القذف والجروح ومنظر الدماء يجعلك تصاب (بالقرف) والخيان .

٤- تشد المشاجرات والمشاحنات والمنفصات داخل المنزل .. أصبحت لا أطيع الجلوس فيه .. حتى إن تم أتكلم أو أبداً أنا بالشجار ابتدأت زوجتى .. البيت قد أصبح ساحة للقتال .. لا توجد هدنة يمكن أن نلحظ فيها أنفاسك ، كما يفعل الأعداء فى الحروب أحياناً .

- أو يقول لك : إن الأم ولأب فى حالة شجار مستمر .

- أو أنهما فى حالة خصام أو طلاق عاطفى .. لا يتبادلون مع بعضهم البعض أدنى حوار ، وأنهم (يرمون) بالكلام على بعضهم البعض بطريقة غير مباشرة .

- لا أدرى كيف مرت كل هذه السنوات .. إننى لم أر رجلاً يكره امرأة كما رأيت أبى يكره أمى (أو العكس) .

٥- الآخرون يعاملوننى دون مراعاة لأبسط حقوقى الإنسانية .. إننى دائماً (الحيلة الواطية بتاعتهم) .. فرئيسى فى العمل - مثلاً - لا يتابع حضور وانصراف أحد قدر متابعتة لى .. وكأننى (المستخدم) الوحيد فى المؤسسة أو الشركة . كما أن

رئيسي المباشر يكلفني بأعباء في العمل، أكثر من زملائي المتواجدين معي في الغرفة نفسها .. فإذا سألته :

- لماذا لا تعترض ؟

- وكيف أعترض ؟

- تقول لرئيسك إن هذا للعمل كثير ، وهناك أفراد آخرون من السادة الزملاء ممكن أن يكلفوا بذلك .

- حاولت مرة ونويت .

- ليه

- لأنه صرخ في .. وقال لي : على مكتبك يا سيد .. أنا هنا الرئيس وأعرف أزي (أوزع) العمل (ثم أعطاني أعمالاً أخرى إضافية .. فلو كنت قد صمت لكان العمل أقل وأجمل وأحسن) .

٦- تنشأ مشاكل بيني وبين زملائي في العمل .. فإذا استفسرت منه عن ذلك ، قال لك :

- يتفاعل كل اثنين من الموظفين مع بعضهم البعض ويتحدثون على ، (فإذا سألت : احتمال أن يكون الحديث في موضوع آخر غيرك) فإنه يؤكد لك : ليس هناك في المصلحة أحد غيري يتحدثون عنه .. أنا السحور والمسلسل اليومي لهم .

- إذا تبودل الضحك فالأكيد أنهم يضحكون منه أو عليه (لا تفرق) .

- فإذا سألت عن الأسرة .. فإنه يقول لك : توجد مشاكل بيني وبين أفراد الأسرة / أو الأقارب / أو النسايب / أو الجيران / أو حتى مع أفراد لا أمت لهم بصلة معروفة .

وفي التحليل لمثل هذه (المبررات) ، نجد أن :

أ - غالبية المدمنين حساسون جداً إلى درجة (أن مشاعرهم تكون قد قُنت من زجاج) .

ب - غالبية المدمنين لا يطبقون اللجوء إلى المواجهة ، لأنهم قد تعودوا الإنباع الفوري بلا تأجيل أو تسويق .



ج- حين رأيت صديقاً كان قد مر بتجربة العلاج وانتكس ، وكنت اعتبره مثلى الأعلى.. وأنه (كان من وجهة نظرى) يمتلك إرادة كنت أفنقد إليها .. فلما وجئته قد انتكس (أو سمعت عنه) ذلك .. قلت : ما دام المصير هو الانتكاس، فلننتكس وأن وقوع البلاء أفضل بكثير من الانتظار .. ألا نقول فى الأمثال الشعبية: ضرب النار ولا الانتظار !!

د - مدمن متعافى ذكر له حين دخل إلى المستشفى بعد انتكاسه أنه قد انتكس ؛ لأنه قد (شاهد) سرنجة ملقاة بجوار جدار .. فهاجت الذكريات (لأنه كان مدمن حقن بالهéroين والماكس) فيقول : أرتعشت ، غاب تفكيرى ، سرت كالمدوم إلى المروج ، وقمت بكل طقوس تجهيز (الحقن) ، فلما سار المخدر فى عروقى وشعرت (بالفلاش) انتبهت ، وندمت ، وأدركت أنني قد أخطأت، وها أنا ذا قادم إليكم لأصلح خطأى .

هـ- صديق يمرض على أن أشاركه فى التعاطى .. وأنا بطبعى إنسان مجامل ولا أحب أن (أرد أو أكسف) أحداً .. فماذا تتوقع منى .. أطلعته وشاركته فى التعاطى.. وانتكست .

و - تملكنى رغبة جامحة فى للتعاطى : أحاول أن أضغل نفسى، ولكن أبداً يظهر التعاطى وطقوسه مثل (القضاء والقدر) لا مهرب ولا مفر منه ، أحاول ببلى وبين نفسى أن أوجل ذلك .. أحسب الساعات ، أحصى الدقائق التى أجاهد فيها نفسى .. ولكن بلا فائدة .. وحين تتزايد الرغبة .. فلن أمك إلا الانصياع لها .. أنا ضعيف ومسلوب الإرادة .. ومجرد (آلة) لا قيمة لها أمام التعاطى وطقوسه .. وللحل هو أن تأخذوا عقلى هذا وتأتونى بعقل جديد لا يفكر ، وقلب جديد لا يرغب أو يشاق إلى المخدر .. إذا فعلتم ذلك فسوف أصدقكم أنني سوف ألتزم .. فهل أنتم فاعلون ؟

#### سادساً : الصراع مع الآخرين :

تثير هذه الفئة قضية العوامل والأسباب الاجتماعية التى تعد الأرضية الممهدة للتعاطى ، بشرط توافر عديد من العوامل والأسباب الأخرى . وهناك علامة فارقة فى ذلك ، وهى : أن المدمن هو - فى أى الأحوال - مؤشر جيد يعكس مدى التفكك والتدهور والخلل ، الموجود فى أى شكل من أشكال التفاعلات والحوارات والروابط والأسس الأسرية ، وأن فشل الأسرة فى للتنشئة يقود أبنائها إلى عديد من السلوكيات المنحرفة ، ومنها : الإدمان بلا شك .

لأن عديداً من الدراسات قد أثبتت وأكد أن طبيعة المناخ الأسرى السائد يفرز عديد أامن السلوكيات المرتبطة به ، فالهدف الأسرى ، والتسامح ، والحوار ، والفضفضة وإثبات الذات بل وتقديرها من قبل الآخرين .. (عكس حال الأسر التي تسودها الديكتاتورية / والعقاب / والصرامة فى المعاملة / أو الفوضى إلى درجة التسيب والانحلال ، وأن كل واحد حر يعمل ما يريد وقت ما يريد ، فى المكان الذى يريده) .. كل ذلك يكون دافعا إلى التعاطى والإيمان بلا شك .

كما أن المناخ الذى يسود بيئة للمجتمع ككل ينعكس - بلا شك - فى السواء أو عنمه ؛ إذ وجد عديد من الدراسات أن الإيمان قد يكون نتيجة لعدم (العدل والتوازن والتفرقة وإن القانون يعرف زينب وعائشة وإلهام) .. كل ذلك يمثل أرضية خصبة للتمرد .. والشعور بالاعترا ب ، مثل :

- عدم وجود فرص متكافئة أمام الجميع .
- عدم الإحساس بالأمن .
- عدم الإحساس بالاستقرار .
- البطالة .
- التفرقة فى المعاملة .
- أن المال العائد من العمل لا يفى بالمتطلبات .
- وجود فوارق شاسعة بين بعض الطبقات .
- انعدام وسائل الترفيه والنسلية .
- انعدام فرص التعليم (بالعدل) أمام الجميع .

إلى آخر المظاهر التي يمكن رصدها (سواء داخل أسرة الفرد) ، أو نقوم بتوسعة الدائرة قليلا ونقول : أو يمكن رصدها كمسات وخصائص تميز للمجتمع ككل ، ورغم أن (ضبط) العلاقة بين العوامل المجتمعية (ككل) والإيمان .. إلا أنها عوامل يجب أخذها فى الاعتبار .

ونوافق على الرأى الثانى ؛ لأن أى فروق خلال استيعابه وسير لأغواره سوف يجد أن أحداث حياته المهمة مزيج من الجانبين معاً : عوامل داخلية لإرادة / تصميم/ مقابرة / تكاء / مهارات / قدرات .. إلخ ، وعوامل خارجية (حظ / مصادفة / عشوائية ... إلخ) .

ورغم أن عديداً من الدراسات الميدانية فى هذا الصدد - ومنها دراسة كاتب هذه السطور - قد أثبتت غلبة العوامل الخارجية فى التحكم .. إلا أننا نتفاجأ بأن المدمن المتعافى يثبت لنفسه الآتى :

١- يقلع نفسه بأنه قد أصبح شخصاً جديداً مختلفاً عن الشخص الذى كان يعرفه إبان مرحلة الإدمان ، وأنه - قد يفقد ذلك - بمجرد انتهاء الأعراض الانسحابية .. فإنه قد (تغير دمه إلى الأفضل) وأن الإدمان (كان بؤرة فى جسده) وقد تم استئصالها دون أن يأخذ أى احتياطات، أو حتى يكلف نفسه عناء التردد على المستشفى (وحدة العلاج والمناخية الخارجية) أو يستشير أى مرشد للتعافى (وهو مدمن تائب وسوف نتحدث عنه تفصيلاً فيما بعد) .. كل هذا قد يعطيه الثقة الزائدة فى النفس .

٢- يتسامح عن مدى سيطرته على التعاطى ، ويقول لنفسه : لماذا لا نجرب ونجعل ميدان الواقع هو الفيصل والحكم .

٣- يفكر معتقداً فى أن تعاطى جرعة (وإن كانت بكمية قليلة) .. لن يؤذيه ، أو كما قلت سابقاً (بناءً على حكم عدة مدمنين : جرعة واحدة لن تجعل القيامة تقوم) .

٤- ولذلك حين يلح التفكير ينعكس بلا شك فى الوجدان ، ويحرك السلوك ؛ ولذلك يريد أن يثبت لنفسه أنه يستطيع أن يتناول أى شراب أو أى مخدر معتقداً نفسه بالآتى :

أ- أن يصل إلى درجة السكر أو التخريف .

ب- أن تتدهور حالته .

ج- سوف يتحكم فى الكمية التى يتعاطاها .

د - غالبية المدمنين قد يقودهم الإدمان إلى الدخول فى عديد من الاضطرابات العقلية ، التى قد تصل إلى درجة الفصام ، وبالتالي إلى التفكير البارانونيدى سواء عظمة أو اضطهاد .

هـ- أن كثيراً من المدمنين قد يلجأون إلى التعاطى كرد فعل من معاناتهم من عديد من الاضطرابات والانحرافات النفسية والسلوكية والعقلية ، وهنا يكون الإدمان ناتجاً وليس سبباً .

سابعاً : الضغوط الاجتماعية للتعافى :

وتتكرر هذه الفلة قضية : الضغوط .. ذلك لأن الضغوط Stresses قد لازمت الإنسان منذ أن هبط على سطح الأرض ، وهو يعيش حالة من الجهاد المستمر مع النفس والطبيعة ؛ بهدف التكيف والتطور مع كافة ظروف الحياة ، لكى يحافظ على وجوده ، ولذا فإن ضغوط الحياة ليست ظاهرة سبلة فى جميع الأحوال ، بل بعضها نافع ومفيد والبعض الآخر ضار .

كما أن تعاملنا كأفراد يتم مع الضغوط بطريقة متباينة ؛ إذ إن بعضنا قد يتعامل مع الضغوط بطريقة سوية ، علمية ، موضوعية ، دون مبالغة ، والبعض الآخر منا يتعامل مع الضغوط بطريقة لا سوية / بها انفعال / تضخيم للأمر ... إلخ .

ولذا .. فإن المشكلة ليست فى الضغوط ، ولكن فى كيفية إدراك هذه الضغوط والتعامل معها والاستعداد (النفسى ، الذهنى) لذلك من عدمه ؛ أى دعم (الصلابة النفسية) للفرد .

وإذا كانت الضغوط عنصراً مهماً من عناصر الحياة .. لذا يجب التفرقة بين الضغوط الإيجابية والسلبية ، وذلك يتحدد وفقاً لعدد من العوامل ، مثل :

أ - طبيعة الضغوط .

ب- مدى قدرة الفرد على التعامل معها .

ج- مدى قدرة الفرد على لمواجهة الفعلية لها أم التأجيل .

د - إدراك الفرد للعلاقة بين الضغوط والتهديد (وما إذا كان هذا الإدراك قائماً أم لا) ؟

هـ- مدى تشابك وتعقد الضغوط التى يواجهها الفرد .. فقد يواجه الشخص بضغوط فى العمل / فى الأسرة / مع الأصدقاء / ضغوط مالية ... إلخ .

وإخلاصة أن الضغوط قدر لا بد من مواجهتها .. وأيضاً يتم طرح التساؤلات :

- هل تختلف استجابة المدمن فى مواجهة الضغوط عن استجابة الشخص غير المدمن؟

- وإذا كانت ثمة اختلافات .. فما هى ؟

- وهل صحيح أن المخدر وتعاطيه - كما يذكر عديد من العلماء - يعد استجابة متوقعة للضغوط ؟

- وهل فعلاً أحداث الحياة وتلك الضغوط التى يتوافر لها البناء النفسى (بدينامياته)

لدى المدمن ، هى المسئولة عن انتكاس نسبة كبيرة من المدمنين ، بعد مرورهم  
بجيرية العلاج والتعافى !؟

- وهل يكون الشخص للمدمن فعلا غير قادر على مواجهة الضغوط ، ودائما ما يصف  
حالته بأنه واقع تحت ضغط حاد وكبير ؛ لذلك فهو دائما مجهد وضغط Stress  
fule ؟

- وهل يكون الشخص المدمن فعلا غير مستعد (نفسيا ولا عقليا) عن استخدام الوسائل  
السرية فى التوافق والتكيف !؟

- وهل هناك علاقة فعلا (كما أكدها عديد من الدراسات) ارتباطية بين الضغوط  
وانخفاض تقدير الذات والانتكاس أو زيادة تعاطى المخدرات ؟

- وهل يلجأ المدمن فعلا إلى التعاطى كحيلة أو وسيلة دفاعية لكى يتكيف أو يتوافق  
مع الضغوط (والتي من كثرة تراكمها وعدم مواجهتها قد أصبحت مزمنة) والتي  
لا مفر منها ؟

أما عن تلك الضغوط التى يأتى ذكرها من قبل الأفراد ، الذين قد مروا بجيرية  
الانتكاس ، نذكر الآتى :

- للخروج من إجهاد الضغوط ثم التفكير الجدى فى (جلب) السرور ، وبالتالي لن  
يجعلنا ندخل فى (مود) اللشوة والفرح سوى المخدر .

- أن أتولد (لسبب أو لآخر) مع جماعة من المتعاطين .

- أن أنهب إلى حفل .. وأجد الشراب أو التعاطى مباحا ، بل غالبا ما تكون أمام  
أمرين: إما يعزم عليك صاحب الفرح إلى درجة الإلحاح أن تعاطى ، أو أنا بطبعى  
لا أحب أن (أرد أحد مكسور الخاطر) فأتعاطى .

- مصادفة وأنا أسير فى الطرقات ، أو للتفتيت بوجه أحد أصدقاء التعاطى ، وفور أن  
شاهدته وبعد أن تصافحنا تحدثنا عن تجربتنا المشتركة فى التعاطى ، ثم وجدت  
رغبة مشتركة من كلينا فى إعادة التجربة مرة ثانية .

- إننى أتعاطى حتى أحقق متعنى الجنسية ، من خلال :

أ - الإحساس بهذا الفعل .

ب- زيادة النشاط والممارسة

ج- أن أبقي كذلك أطول فترة ممكنة .

د - أن أجعل (شريكى تحترمنى) كرجل قادر على إمتاعها (الدرجة أن كثيراً من المدمنين المنتكسين أو ربما الذين قد تسلموا إلى طريق الإدمان عبر هذه البوابة) قد ذكروا لى أكثر من مرة أن هدفهم من متعتى ، ليس أن يصلوا إلى المتعة والشهوة ، بل أن يجدوا ذلك فى عيون ووجدان وفكر واعتراف الطرف الآخر .

\* \* \*

تلك كانت باختصار العوامل والمواقف ، التى تدعو إلى التعاطى من وجهة نظر المهتمين بمجال الإدمان والانتكاسات ، وهى عوامل يجب أخذها فى الاعتبار مع الانتباه إلى أن قيمة كل عامل تختلف من شخص إلى آخر ، بل ربما فى الفرد الواحد من موقف إلى آخر . فماذا عن رأى المدمنين فى هذه القضية ؟

ثانياً: رأى المدمنين فى أسباب الانتكاسة :

من واقع اهتمام الباحث بالمدمنين ، ومن واقع عمله فى هذا المجال ومقابلاته المئات منهم ، ومن واقع اهتمامه بضرورة تعرف رأى أصحاب القضية على أساس أنهم (للمعنيين) بهذا الأمر .

تم توجيه سؤال إلى مجموعة من المدمنين ، الذين قد مروا بخبرة الانتكاسة لمدة تتراوح بين ٤ : ٧ مرات .

وكان السؤال :

اذكر بالتفصيل العوامل والأسباب التى دفعتك إلى الانتكاسة ، أو يمكن - من وجهة نظرك - أن تعرض على الانتكاسة ؟

وبعد تحليل المضمون ، وحساب التكرارات .. جاءت الاستجابات كالتالى (مرتبة ترتيباً تنازلياً أى من الأعلى إلى الأقل من حيث التكرار) .

والاستجابات لأسباب الانتكاسة ، هى :

- ١- عدم السيطرة على الشوق .
- ٢- عدم التغيير فى الواقع الخارجى .
- ٣- إلحاح الأصدقاء للمدمنين وإغراءتهم .
- ٤- الفضل فى حل المشكلات .

- ٥- نظرة الاحتقار من الآخرين .
- ٦- مازلت أعانى من عديد من المشاكل النفسية ، التى لم تحل إلا بالمخدر ، مثل :
  - أ - القلق والتوتر .
  - ب- الحزن .
  - ج- الخجل .
  - د - ضعف الثقة بالنفس .
  - هـ- التفكير فى الانتحار .
  - و- اليأس من كل شىء .
- ٧- فقدان ثقة الأسرة فى والشك المستمر، بل ومراقبتى والتدخل فى شئونى ، (وكاننى مازلت طفلاً رضيعاً) .
- ٨- الثقة فى النفس أكثر من اللازم (إلى درجة الغرور) ، وتعريض النفس لكافة المؤثرات التى تدفع إلى التعاطى والانتكاس مرة أخرى ، مثل :
  - أ - رؤيتى للمخدر .
  - ب- مخالطتى لأصدقاء ما زالوا يتعاطون .
  - ج- التواجد فى جلسات التعاطى مع الرفض - فى البداية - فى أن أتعاطى، ولكنه مجرد امتحان (صعب وحاد وقاسى) للنفس واختبار لها .
- ٩- عدم التردد على المستشفى أو مواصلة البرنامج العلاجى وخاصة الجانب النفسى ، أو أن مفهومي عن التعافى والعلاج يقف فقط عند حدود تخليص الجسم من الأعراض الانسحابية .
- ١٠- ثقة الأهل - أكثر من اللازم - فى، وتصديقهم لوعودى بأننى قد تعافيت وشفيت ، وأن هذا الداء قد تخلصت منه بعد دخولى المستشفى ، وقد تخلصت من نمائى الملوثة بالمخدرات ودفع دماء جديدة .
- ١١- أريد أن أتعافى ولكن لا أستطيع .. لازم انتكس لأننى باختصار مريض :
  - أ - أعانى من الآلام الجسدية .
  - ب- نومى غير منتظم .

ج- شهيتى للطعام متقطعة .

د - أعانى من اضطرابات حادة وعنيفة فى الجهاز الهضمى .

ولذلك .. فأنا أعتبر أن المخدرات دوائى ؟ فهل يستغنى مريض عن

الدواء ؟

١٢- غير مقتنع بالكف عن الإدمان ، مهما كانت المبررات والأسباب والخطب والتحذيرات .

\* \* \*

تلك كانت آراء المدمنين فى أسباب الانكاسة بعد المرور - أكثر من مرة -  
بتجربة العلاج ، وهى كما نرى تتفق مع كثير من آراء المعالجين ؛ مما يؤكد حقيقة  
وضرورة التركيز على العلاجات النفسية والاجتماعية ، وأخذ عامل (التأهيل النفسى  
والاجتماعى) فى الاعتبار .



## الفصل الثالث

### قضايا في علاج الانتكاسة

- مقدمة .
- المدمن المجهول .
- معنى الاعتراف «بأننى مسلوب الإرادة» .
- ماذا يعنى فعل الاستسلام أو التسليم من جانب المدمن .
- برنامج «المدمنون المجهولون» فى مصر .
- ديناميات الإدمان المتعدد .
- الإدمان واضطرابات الشخصية .
- موقف أعضاء الفريق العلاجى من الانتكاسة .



## الفصل الثالث

### قضايا في علاج الانتكاسة

#### مقدمة :

لا يجب أن نصاب بالإحباط حين نعمل في مجال الإدمان ، لأن بعض الدراسات قد وجدت أن نسبة الانتكاسة لدى المدمنين، الذين قد مروا بتجربة التعافي قد بلغت من ٦٠ - ٨٠ ٪ ، وأنهم ينتكسون على الأقل مرة عبر مراحل تعافيتهم أو محاولتهم ذلك .

- وقد علمنا - من خلال ما سبق - أن دوافع التعاطي متعددة ، وأن حدة التعاطي أو مدته أو طبيعة المادة المقدرة التي يتعاطاها الشخص ، بل وتكرار الانتكاس .. كلها عوامل لا بد من أخذ في الاعتبار .

- كما أنه علينا أن (نحل) وتعامل مع مشاكل الشخص، سواء الجسدية أم النفسية؛ حتى لا نجعله يلجأ إلى المخدرات كنوع من العلاج الذاتي .

- فإذا انتهى المدمن من المرور بتجربة العلاج (ولا بد أن تتم داخل مستشفى، وأن يكون كل العاملين به مدربين على التعامل مع الإدمان وفهم دينامياته) فإن تجربة : الانتظام في حضور ندوات ومحاضرات وجلسات مرشدي التعافي مهمة جدا لاستمرار التعافي .

- كما أن من لوائح هذه الجماعة أن يكون لعدد من المدمنين (اسبونسر) Sponser أي كفيل أو مرشد لهم ، يلجأون إليه إذا اشتدت رغبتهم في التعاطي ، ووصلت درجة (الشوق) مداها .. وهنا لا يكون أمامه إلا خيارين :

أ - أما التعاطي .

ب- وإما الاتصال بكفيله .

- وسوف نقدم عبر هذا الفصل فكرة عن المدمن المجهول .. وكذا بعض القضايا التي يؤثرها برنامج هذه الجماعة .

### (المدمن المجهول): من هو "المدمن المجهول"؟

نحن فى الحقيقة لا نحتاج إلى التفكير فى إجابة عن هذا السؤال ، فقد تركزت حياتنا وتركز تفكيرنا بالكامل فى المخدرات بمختلف أنواعها، وفى الحصول عليها وتعاطيها وإيجاد الطرق والوسائل للحصول على مزيد منها ، لقد عشنا لتعاطاها وتعاطينا لكى نعيش ، وبساطة فإن المدمن هو الشخص الذى تتحكم المخدرات فى حياته .. لقد وقعنا فى براثن مرض مستمر ومتفاقم، ونهاياته لا تتغير : السجون المصحات والموت .

### ما برنامج "المدمن المجهول" ؟

( م . م ) اسم جمعية لا تهدف إلى تحقيق أى أرباح مادية، وتتكون من أشخاص يعانون من مشكلة تعاطى المخدرات .

نحن مدمنون متعاقرون نجتمع معاً بانتظام، لمساعد بعضنا البعض لنتعلم من متعلمين عن التعاطى .. هذا البرنامج قائم على الإقلاع التام عن كافة أنواع المخدرات ولذلك فنحن نقترح عليك أن تكون متفتحاً ذهنياً، وأن تعطى نفسك الفرصة .. إن برنامجنا عبارة عن مجموعة من المبادئ مكتوبة ببساطة لتتبعها فى حياتنا اليومية .

وأهم ما يميزها هو أنها ناجحة .. إننا غير مرتبطين بأى جهة أو منظمة أخرى وليست لدينا أى مصروفات أو أتعاب ، ولا نقدم ترفيعات أو وعوداً لأى شخص ، ولا صلة لنا بأى جهة سياسية أو دينية أو تنفيذية .. كما أننا لا نخضع لأى مراقبة أو إشراف، ويستطيع أى شخص أن ينضم إلينا بغض النظر عن عمره ، جنسيته ، جنسه ، عقيدته، ديانته أو .... إلخ .

نحن لا نهتم بنوعية أو كمية المخدرات التى كنت تتعاطاها، أو كيف كنت تحصل عليها ولا بما فعلته فى الماضى أو بمدى غناك أو فقرك .. ولكننا نهتم بما تريد أن تفعله لمواجهة مشكلتك، وكيف نستطيع أن نقدم المساعدة .. إن العضو الجديد هو أهم شخص فى أى اجتماع من اجتماعاتنا، لأننا لا نستطيع الاحتفاظ بما حققناه إلا بتقديمه للآخرين ، وقد تعلمنا من خبراتنا بالمجموعات أن أولئك الذين يواظبون على حضور الاجتماعات بانتظام هم الذين يظلون متعلمين عن التعاطى .

### لماذا نحن هنا ؟

قبل أن نأتى إلى جماعة ( م . م ) ، لم تكن نعرف كيف نعيش أو نستمتع بالحياة مثل الآخرين .. كنا بحاجة إلى شىء مختلف لكى نعيش، وكنا نظن أننا قد وجدناه فى

المخدرات ، وأعطينا للمخدرات الأولوية على مصالح عائلتنا وزوجاتنا وأزواجنا وأطفالنا ، وكنا مضطرين للحصول على المخدرات بأي ثمن .

لقد أدبنا أشخاصاً كثيرين وبالأخص أنفسنا ؛ فلم يكن في استطاعتنا أن نقبل مسئولياتنا الشخصية ، وبالتالي كنا نخلق للمشاكل لأنفسنا ، وكان من الواضح أننا غير قادرين على مواجهة الحياة بظروفها .

لقد أدرك معظمنا أننا كنا نتنحصر ببطء ، ولكن بما أن الإيمان هو عدو ماكر للحياة .. فلم يكن في استطاعتنا أن نفعل شيئاً حياله .

لقد انتهى الأمر بنا إلى السجن أو السعى وراء الطب للحصول على المساعدة ، ولكن أيّاً من هذه الطرق لم يكن كافياً ، إذ إن مرضنا كان دائماً يطفو إلى السطح مرة أخرى أو يتفاقم بصورة مستمرة ، وعندما يلصقنا تماماً طلبنا المساعدة من بعضنا البعض لدى (المدمن المجهول) .

بعد أن أتينا إلى جماعة (م . م) أدركنا أننا مرضى .. إننا نعانى من مرض لا يوجد له شفاء ، ولكن من الممكن السيطرة عليه ، عندئذ يكرن التعافى ممكناً .

### كيفية نجاح هذا البرنامج

إذا أردت الحصول على النتيجة التي حصلنا عليها ، إذا كنت على استعداد لبذل الجهد للحصول عليها ، فإنك إذاً على استعداد لاتباع خطوات معينة .. هذه هي المبادئ التي جعلت تعافينا ممكناً .

١- اعترفنا أننا مسلوبو الإرادة تجاه إيماننا ، وأنه لم تعد لدينا القدرة على الإمساك بزمام حياتنا .

٢- آمنا بأن قوة الله وحده هي التي يمكن أن تعيدنا إلى رشدنا .

٣- قررنا أن نوكّل إرادتنا وحياتنا لعناية الله .

٤- قمنا عن طريق البحث بجدد أخلاقى لأنفسنا ، دون خوف أو تردد .

٥- اعترفنا لله ولأنفسنا ولشخص آخر بالطبيعة الحقيقية لأخطائنا .

٦- كنا مستعدين تماماً كي يزيل الله كل عيوبنا الشخصية .

٧- طلبنا من الله بخشوع أن يخلصنا من نواقصنا .

٨- وضعنا قائمة بأسماء كل الأشخاص الذين أدبناهم ، وعقدنا العزم على تعويضهم والصلح معهم جميعاً .

٩- قدما تعريضات مباشرة لهؤلاء الأشخاص كلما أمكن ذلك ، إلا إذا كان ذلك سوف يضر بهم أو بالآخرين .

١٠- واسلنا عملية للجرد الأخلاقى لأنفسنا ، واعترفنا بأخطائنا أولاً بأول .

١١- سعيانا من خلال الصلاة والتأمل إلى تقوية صلتنا الواعية بالله ، داعين فقط لمعرفة مشيئته فينا ، وأن يعطينا القوة على تنفيذها .

١٢- نتيجة لتحقيق صحوة روحية لدينا باتباع هذه الخطوات .. حاولنا نقل هذه الرسالة للمدمنين وممارسة هذه المبادئ فى جميع أمورنا .

قد تبدو هذه الأمور كبيرة جداً ولا نستطيع أن نؤديها فوراً ، لذلك يجب أن نتحلى بالصبر ، ونتذكر أننا لم نصبح مدمنين فى يوم واحد ، وبالتالي لا يمكن أن نتخلص من الإدمان فى يوم واحد .

إننا نشعر بأن طريقنا فى التعامل مع مرض الإدمان واقعية تماماً ، إذ إنه لا مثيل إطلاقاً للقيمة العلاجية التى تتحقق عندما يساعد المدمن مدمناً آخر .

إن هذه الطريقة عملية جداً لأن الشخص المدمن هو أقدر الناس على فهم ومساعدة المدمن الآخر ، ونحن نؤمن أيضاً بأنه كلما سارعنا لمواجهة مشكلاتنا داخل مجتمعنا وفى حياتنا اليومية ، أصبحنا مقبولين ومسؤولين ومنتجين فى هذا المجتمع .

والطريقة الوحيدة التى تحول دون عودتنا للإدمان، هى ألا نتعاطى المخدر للمرة الأولى من جديد ، وإذا كدنا مثلاً فإنك قطعاً تعرف جيداً أن المرة الواحدة هى أكثر من اللازم، وأن آلاف المرات لا تشبع أبداً .

إننا نؤكد هذه النقطة بشدة، لأننا نعلم أنه حينما نستعمل أى شكل من أشكال المخدرات أو العقاقير ، أو نستبدل أياً منها بآخر ، فإننا نطلق الزمام لمرضنا من جديد .

كما أن اعتبار الكحول شيئاً مختلفاً ، قد أدى إلى انتكاس عديد من المدمنين، وقد كنا نتفقد من قبل أنه يمكن أن نتعاطى الكحول ، ولكننا بعد انضمامنا إلى جماعة (المدمن المهجول) أدركنا حقيقة، وأن أى مخدر آخر لا يصلح لنا ، فنحن نعانى من مرض الإدمان، ولذا يحتم علينا الامتناع الكلى عن تعاطى كل المواد المخدرة لى يتحقق لنا التعافى .

ما معنى الاعتراف بأننا "مسلبو الإرادة" ؟

معناه الاستسلام .. استسلام للفرد أمام القوة القاهرة للإدمان ، والحقيقة أن

كثيرين يفهمون الاستسلام بمعنى الخضوع .. أما استسلام المدمن فهو تقبل الأمر الواقع، ويكون الاستسلام بمعناه العادى عقبة فى طريق تقبل الأمر الواقع .. هذا التقبل فيه نوع من المنطق والاستعداد للتغير .

فما العناصر أو العوامل الموجودة لدخل الفرد، والتي تجعلنا نستسلم؟

وما النتيجة المترتبة على الاستسلام فى تغيير نفسية الفرد ؟

إن مقاومة الاستسلام تعنى وجود «أنا» غير قابلة للاستسلام . وهذه «الأنا» هي التي يجب إخضاعها ، ودعونا أولاً نفحص معنى كلمة «الأنا» .. نحن نستخدم كلمة «أنا» هنا بمعناها الدارج الشائع لدى كل الناس، وهو المعنى الذي يتبادر إلى الذهن، عندما نسمع تعبير «منفوخ على الفاضى، فهذا الشخص «المنفوخ، «المتعافى، هو المزهو بنفسه «الطبل الأجوف، وعامل مهم، ذلك الذي يخفى نقصه ودونيته باتخاذ مظهر خارجي يبرق . مثل هذا الشخص يكون عادة عديم الإحساس ، لا يكاد يشعر بوجود الآخرين ، متركزاً فى ذاته يسير على غير هدى فى الحياة ، يريد أن يحيط نفسه بكل المزايى الممكنة وهو عادة رمز للأنانية .

هذه الصورة الشعبية «للأنا» لها فائدة أساسية، وهي أن المعنى الذي تنقله لا يخفى على أحد .. فهذه السمات الظاهرة تخفى حالة من الشعور بأنه «أنا يعدى الطوفان، «أنا أولاً وأخيراً» .

ما مكونات هذه «الأنا» ؟ قال فرويد إنها «الأنا والأنا الأعلى .. إلخ .

ولكن لنتفق هنا على أن «الأنا» التي نقصدها هنا هي «أنا» المدمن ، «الأنا» المنتفخة التي نريد أن نخضعها ونجعلها مستسلمة متقبلة للأمر الواقع .. «الأنا» بهذا المعنى هي التي نراها حولنا وفي أنفسنا ويعرفها كل واحد منا . والشخص «الأناى» (وهي مأخوذة من أنا) معروف لنا جميعاً .. فهذا «الأناى» ، متكبر ، مزهو بنفسه ، مترفع ، ملح ، مسيطر ، يبحث عن لفت الانتباه ، عدوانى متمسك برأيه ، صلب الرأس ، عنيد ، نافذ الصبر .

وكل هذه الصفات لا تكفى لأنها تصف الظاهر فقط ، ولا تشير إلى الجوهر الداخلى الذي تنبعث منه «الأنا» . وما لم ندرك مصدر هذه «الأنا» وندرك ما يحدث فى الطبقات العميقة من العقل .. فلن نضع أيدينا على هذه «الأنا» ، على عناصر الحس الداخلى ، التي يستفيد منها نشاط «الأنا» .

ودعونا نعرض أولاً أماناً تعترض في هذه الأنا قبل أن ندخل في التفاصيل ..  
الأنا في رأينا مكونة من العناصر المتأثرة الموجودة دوماً في نفسية الراشد ، والمستمدة أصلاً من طبيعة الطفل (الطفل للراشد الأب) .

والآن لنبحث عن مدى صدق هذه المقولة :

أولاً: يولد الطفل وهو سيد لكل من حوله ،صاحب للجلالة الطفل، فهو يأتي من أعماق الرحم حيث يكون هو الساكن الوحيد ، وهو يتعلق ويتشبث بهذا السلطان ببراءة ولكن بحزم وتصميم .

ثانياً : ويترتب على ذلك أنه لا يطيق الحرمان ، وما أن يحس بذلك حتى يعلنه في صحية مدوية الثأر.. أنه عجول «خلق الإنسان عجولاً، وإذا ممسه الشر يثوساً يفعل كل شيء في تسرع .. انظروا إلى الأطفال لا يستقر لهم قرار، ينتقلون من نشاط إلى نشاط ولا يركزون ... إلخ، ومع التقدم في السن يبدأ في تركيز لمدة أطول للنشاط الواحد .

١- هو إذاً يظن أن لديه القدرة على فعل كل الأشياء .

٢- لا يتحمل الإحباط .

٣- إيقاع حياته سريع .

ما الذي يحدث إذاً إذا ظلت هذه الصفات ملازمة له في بلوغه ورشده ؟

عندما تستمر تلك الصفات والسلوكيات، نحن نسمي صاحبها غير ناضج، وهو تعبير نقوله دائماً دون أن نصل إلى معناه .. إن معناه استمرار صفات الطفولة التي سبق ذكرها، وكذلك مظاهر تعبير الراشد عنها .

ما العلاقة بين عدم النضج واستمرار سمات الطفولة ؟

دعونا نتخيل وجود هذه الصفات في لاشعور الشخص .. وهذا التخيل له أساس معتمد من خلال المعرفة الحديثة المعاصرة بديناميات القوى الدشة في لاشعور البالغين .. فماذا يحدث إذا طالت مدة بقاء هذه الصفات الطفلية في سلوك الفرد . فلنأخذ أولاً الصفة الطفلية للثالثة وهي «العجلة» والتسرع .. إذا سادت تلك الصفة في لاشعور الشخص؛ أي أصبحت القوة المحركة لسلوكه .. ماذا تكون النتيجة؟ سيفعل كل شيء في عجلة (في العجلة الندامة)، (العجلة من الشيطان) سيفكر بسرعة ويتكلم بسرعة ، ويعيش بسرعة (الانفعاية) ويبدد كثيراً من طاقته وجهده لكبح جماح تلك



الاندفاعية، وغالبا ما تكون النتيجة التذبذب والتأرجح بين فترات من الاندفاع والتهور والسرعة، وفترات من عكس الاتجاه لفرامل (الأنا الأعلى) تستخدم بالقوة نفسها، ومثال ذلك فى حياة المدمن واضح .

والآن .. فإن كافة العلامات تشير إلى أن العجلة تدل على عدم النضج .. لن يجادل أحد فى أن القفز إلى النتائج والعمل بأقصى سرعة هى دلالة على عدم النضج؛ فالشاب هم الذين يقودون سياراتهم بسرعة ، ويتصرفون بتسرع فى معظم المواقف، ولعل إحدى السمات البارزة لعدم النضج هو وجود ميل لدخلى ملح وقاهر للإنجاز.. آمال كبرى خطط عظيمة لا تواكب القدرة على الإنتاج والعمل . إن أثر استمرار هفوات طفولية كالتمسرع والعمل فى عجلة فى وقت أقل من السمات الواضحة لدى شخصية المدمن والطفل .

أما الصفاتان الأخريتان المستمرتان من الطفولة .. فتساعدنا أيضاً على فهم عدم النضج، وأولا الإحساس بالقدرة التامة .. فعندما توجد هذه الصفة فى الرشد وتسيطر على اللاشعور ، تكون نتيجةها إحساس الشخص بالمبالغة فى أهميته وميزاته الخاصة .. هذا الشخص سيجد من المستحيل عليه أن يعمل فى سياق أو إطار عادى . ويكون القيام بأعمال عادية أو روتينية أمراً لا يخطر له ببال، بل يخلق له الحزن والسأم.. بل إن مجرد التفكير فى أن يحتل مكانا متواضعا فى الحياة يعتبر ضربة قاصمة للأنا، فتستجيب لذلك بإحساس الإحباط والانكسار لفشلها فى أن تمثل مركزا مرموقا . وفصلا عن ذلك.. فإذا تصادف وحقق مثل ذلك الشخص نجاحا ما، فإنه يبالغ فيه ويرفع من قدره ، ويبقى أبوزيد، لمجرد أن فعل شيئا يستطيع أى (شخص عادى) أن يفعله .

إنه يظن أن الإدارة والقيادة صفتان طبيعيتان فيه .. وأما وجوده فى المكان البسيط الذى يشغله خير دليل على أن هناك مؤامرة تحاك ضده، وأنه ضحية عدم التقدير وكيد الحساد .. إن العالم ملئ بالأنانيين الذين يقفون فى طريق عظمتهم .

أما مصدر هذا كله ، فلا يصل إدراكه إليه ، فإن تقول له أن كل استجاباته تنبع من أن هناك بدخله «ملك» لا تشبع رغباته، لن تزيده إلا تماديا فى غروره وتكبره وعدم تصديقه، إن مثل هذه الأفكار والمشاعر بعيدة تماما عن وعيه . والناس الذين يتمسكون صراحة بمزاعم التفوق والتميز، ينتهى بهم الأمر إلى عالم من صنعهم ، أما فكرة القدرة على كل شيء (بتاع كله) فغالبا ما تكون مدفونة فى الأعماق . قد يعترف الشخص أنه يتصرف أحيانا كطفل مدلل، إلا أنه لا يعي مدى هذا الميل ومدى

عمقه ورسوخه فى نفسه . وهو شأنه شأن كثيرين ، يتجنب بإصرار أى نظرة متعمقة؛ لأن التعرف على مثل هذه الاتجاهات العميقة يسبب اضطراباً شديداً .. إن الاعتقاد اللاشعورى فى مميزات الشخص لا يدل إلا على أنانية مفرطة .

وهكذا يظل معظم الناس ، سعداء بجهلهم بالدوافع اللاشعورية ، وقد يتعجبون من هذا الرأى، الذى يجرى لهم ويغلى بداخلهم، ويتمنون لو استطاعوا أن يحرروا أنفسهم من ذلك الإحساس الدائم بالانزعاج والقلق . وقد يعترفون بأنهم سريعو الاستثارة، ويتمنون لو يحظون بساعة من الهدوء والسكينة، إلا أن استبصارهم بمصدر كل ذلك يسارى صفراً .

### عدم القدرة على تحمل الإحباط

وآخر الصفات التى نحملها من الطفولة هى عدم القدرة على تحمل الإحباط .. وهذا العجز هو أحد جوانب «الملك» حيث إن إحدى سمات «الملوكية» هى التقدم بلا انقطاع فلا يستطيع أحد أن يعترض طريقه . أما إذا اضطرت الملك إلى الوقوف فى الطابور فهذه جريمة لا تغتفر . وكم هائل من الانكسار ناتج عن هذا العجز عن تحمل الإحباط (إرجاء الإشباع) ، وتكون النتائج كثيرة ومتعددة .

على السطح .. فإن عدم قدرة «الملك» على تحمل الإحباط منطقية تماماً، فرغبة الملك أوامر فى عالم الطفولة، وأى إحباط هو صفة مباشرة لمكانة جلالته ، فإذا اعترض طريقه عائق .. فإن كيانه كله يهتز . ويمكن خلف هذا كله الإلحاح على ألا يقف فى طريقه عائق ، وهذا طبيعى بالنظر إلى طريقة عمل الملوك فمشيئته نافذة . وهذه السمة ذات المكانة الكبيرة فى اللاشعور تمد الفرد بوقود دائم، يحرك الفرد، ويعبارة أخرى هو يتصرف «لا يقف فى طريقه شيء» .

هذا اللاشعور الذى لا يقف فى طريقه شيء، يرى للحياة من زاوية واحدة .. التكل أو لا شيء (التفاوت)، فإذا لاحظت له فى الأفق أى عقبة ينشأ الآلام والفتور بل والاكتئاب. وإذا اقتربت العقبة يزداد القلق إلى درجة الفرع ، وإذا زال الخطر يسود المرح والارتياح. الصحة عنده مساوية مع الإحساس بالانتعاش والانطلاق فى يسر وأنا مبسوط كده .. أنا فرحان كده، أما للمرض .. فعلى الممكن يعنى فقدان الحيوية والنشاط والإحساس بأنه «مهلك مر» .. تأثير الحاجة إلى الوصول إلى شيء ما، وما يستتبعه ذلك من الإحساس الدائم بعدم الاستقرار «لا على حامى ولا على بارد»، وهو نتيجة مباشرة لعدم القدرة الداخلية على التوقف .. أو بعبارة أخرى قبول حقيقة أن لكل شيء حدوداً . إن «الملك» لا يستطيع قبول إحباطات الحياة المادية فحسب، ولكن يخلق

لنفسه العوائق بلا مبرر؛ بسبب انطلاقه المفرط وإصراره على ألا يعوقه عائق .

بالمطيع هناك لحظات ومواقف يجب عليه أن يتوقف توقفا كاملا .. حالات المرض ، الاعتقال ، قيود الحياة والمجتمع . عندئذ بعد الثاني ، وقد ينصاع إذا دعت الحاجة منتظرا لحظة عودة الحرية ، والتي يحتفل بها بالطريقة المعتادة لشرب كأس حتى السكر .. مرحباً بالانطلاق .

إن عدم نضج هذا الشخص واضح .. إنه لا يطبق الإرجاء أو التأخير، وإن يترك الأمور لتضج على راحتها .. إنه يخوض غابة الحياة ، وفي ذهنه ألا يتوقف أو يستريح .. أما حكمة الأجيال والتقاليد فهي عوائق وقيود يجب أن تفسح الطريق لحيويته .. إنه يسعى إلى أن يحيا بلا قيود .. المخاطرة ، والمغامرة ، الإثارة ، الاكتشاف .. إنه يركب عجلة مسرعة ولكنها تدور في حلقة مفرغة .. ليس لديه الوقت لينمو .. إنه يحس دائما داخليا بعدم النضج .

هذه هي الطريقة التي تستمر بها صفات الطفولة لدى البالغ .. إنه ممسوس ، يملكه ملك داخلي لا يجب أن يعمل بسرعة فحسب ، بل ليست لديه القدرة أيضا على تحمل الإحباط .. إنه يسعى إلى حياة لا وقوف فيها ، بحيث يجد نفسه في سباق لا نهاية له ، وأن (الباحص) الذي يصعبه لا يتوقف أبداً في (محطات) أو حتى في محطة الوقود للتزود .. وهذا أمر مخالف للواقع بل ولقوانين الحياة .

هذه هي محتويات الأنا .. ليس للفرد فيها خيار .. لا يستطيع أن يختار فيها صفة دون أخرى كلها (بيعة واحدة) .. الكل أو لا شيء .

**تعلم كيف تعيش :**

إن صفة عدم النضج الموجودة لدى المدمن هي استمرار لحالة الطفولة ، ويجب أن يكون معلوماً أن «أنا» فرد للطفلية هذه تكون بعيدة عن متناول الشعور ، ونحن لا نعرفها إلا من خلال التصرفات الخارجية للمدمن .

ما هو إذا الجزء من الكيان النفسي للمدمن الذي يجب أن يستسلم ؟ ؛ إنها الأنا (ونفس وما سواها) فالهمها فجورها وتقواها) .

كيف يخضع الأنا .. هل نقبل من شأنها أم نحصر نشاطها ، أم نغيرها بأنا جديدة وهل يمكننا أن نعيش دون أنا ؟

لقد اعتبر فرويد أن العلاج هو معركة مستمرة بين النرجسية الطفلية (الأنا) ، والمعالج الذي تكون مهمته هي لاختيار واختزال الأنا من حالتها الطفلية إلى أبعاد

واقعية، يمكن الترفيق بينها وبين الحياة .. لم يتصور فرويد وجود إنسان دون أنا (هذا هو اللغز الإنساني)، ولذلك لم تعرف الطريق إلى كيفية الوصول إلى الرضا. والإنسان عند فرويد قضى عليه بالشقاء والتعاسة .. فكل رغباته محبطة، ولا تلقى استجابة من العالم المحيط به، الذى لا يقبله ولا يرحب به .

أما (رادو) وهو أحد تلامذة فرويد، للذين درسوا الإدمان منذ عام ١٩٣٣، فهو يؤكد أنه من الضروري لاختزال الأنا : فالأنا الطفلية الممثلة تحب نفسها وارتفاع تقديرها لذاتها ولقدراتها الشاملة، وأن رغباتها تحرق وتدمر الأخضر واليابس مع أفكاره وإيمانه .. إلا أن هذه الأنا / الذات تذوب تحت تأثير الخبرة وضغوطها، فلا بد أن يلاشى سلطانها ليفسح الطريق أمام تقدير متوازن للذات .. إنها اختصار للذات الأصلية، وهى عملية مؤلمة ولا يمكن اكتمالها أبداً .

هل يمكن الوصول إلى حل وسط مع الأنا ؟

(رادو) مثل فرويد لا يرى أن الفرد لا يستطيع التفكير فى الأنا إلا من خلال اختصارها واختزالها- لا يمكنه أيضاً تصور وجود فرد دون الأنا ؛ ولذلك فدون قصد يساندان فكرة إبقاء بعض الصفات الطفلية وهذه هى الفكرة التى تعارضها؛ فالعامل مع الشيطان (الأنا) مهما حاولنا للحذر والحرص سيظل باقيا، وفى أى فرصة مواتية سيفجر ويظهر بكامل قوته .. يستحيل التفاوض والوصول إلى حلول وسط مع الأنا، وهى فكرة لا يقبلها أو حتى يميزها كثير من المعالجين النفسيين .

الحل فى رأينا هو استبدال الأنا القديمة بأنا جديدة ، ولذلك لا يكون هناك مجال لإبقاء أى عناصر أو آثار من الأنا القديمة .. هل هذا ممكن ؟ نظرياً نعم ولكن عملياً مستحيل، فمن المستحيل إلغاء أو إزالة الحالة الطفلية الأولى ؛ فمفهوم الإنسان هو طريق مستمر ومتداخل ومتشابه، وإن إزالة بعض الصفات لهو أمر نحلم به ونسعى إليه .

والآن ما مسألة الاستسلام ؟ وهل يغير الاستسلام التكوين الطفلى الداخلية؟

ما معنى الاستسلام ؟ معناه اتخاذ خطوة انفعالية، تعترف فيها الأنا - على الأقل فى اللحظة الراهنة - أنها لم تعد ذات الحول والبطول .. إلا أن هذا الاستسلام أو الاعتراف لا قيمة له، إذا لم يتعد حدود الشعور .. يجب أن تصاحبه مشاعر ماثلة فى اللاشعور .

بالنسبة لمدمن الكحول الاستسلام، معناه الاعتراف بأنه لا حول له ولا قوة (مسلوب الإرادة) أمام الكحول ، وهذا الاعتراف لن يحمل له الهدوء والطمأنينة الداخلية، إلا إذا وصل إلى اللاشعور واستقر هناك .

إن آثار الاستسلام على النفس ذات فعالية منطقية (أو) كيف يصل الاستسلام إلى اللاشعور (منطق الشعور ومنطق اللاشعور) مختلف؛ إذ يراعى منطق الشعور وقواعد العقل والظروف الخارجية والآخرين - أما اللاشعور فمنطقه أنا أولاً - للخيال الجامع - تحريف الإدراك - إلغاء للمنطق العادى .

كيف يصل الاستسلام إلى اللاشعور، من خلال الجلسات النفسية العلاجية .. هنا يتم الطرح وطرح أدق المكنونات (غمسيل) .. هذا الغسيل هو نوع من التخلص من الصفات الأنانية (القانونيات) ويصبح عكس الملك ، للشخص العادى ..

التواضع والذل أمام الآخرين هو الصفة الأساسية .. إخضاع الذات .

عكس نفاذ الصبر والمرور على الأشياء مر الكرام .. فلنأخذ الأشياء بهدوء .

وعكس الاندفاع البقاء فى المكان .. التمس المتفتح التقبل وإعادة النظر .

كيف يصبح للمرء مدمناً (الإيمان النفسى)

هناك ثلاث مراحل :

(١) عملية التعلم .

(٢) التغيرات الجسمية .

(٣) التغيرات الوراثية .

ولكن الإيمان النفسى يسبق الإيمان الجسدى، وهو الذى تصاحبه تغيرات جسمية ووراثية .

الإيمان النفسى سلوك متعلم .. إلا أن نوع التعلم المستخدم ليس هو التعلم العقلى، المستخدم فى حفظ الشعر أو حل مسائل الحساب .. إنه تعلم لا إرادى يحدث عند المستوى البدائى فى الجهاز العصبى الذاتى أو المستقل، وليس فى الجهاز العصبى المركزى؛ أى من المستوى الحاد .

لجسم الإنسان فى الواقع جهازان عصبيان - المركزى ويتكون من الدماغ والحبل الشوكى والجهاز العصبى المستقل، الذى ينبثق منه الحبل الشوكى ؛ فالألياف العصبية الكثيرة التى تنطلق من الحبل الشوكى إلى مختلف أعضاء الجسم، وتسيطر على سلوكها، تسمى بالأجزاء التى تغذيها .. وفى الجزء الأعلى توجد الأحبال الرقبية thoracic للجهاز السمبثاوى، وتذهب الأعصاب فى هذا الجزء العلوى إلى أعضاء مثل القلب والرئتين والقناة الهضمية . ويتحكم تلك الأعصاب فى ضغط الدم والتمفس

وإفراز الهرمونات ونشاط التمثيل الهضمى فى الخلايا .

وأسفل ذلك الجزء توجد القناة Iumbosacral للجهاز العصبى الباراسمبتاوى، وبها الأعصاب التى تصل أساساً إلى الجزء الأسفل من الجسم والأجهزة التناسلية . وتعتمد معظم استجاباتنا الجنسية على عمل الأعصاب الباراسمبتاوية، التى تخرج من تلك القناة .. وعندما تستثار تلك الأعصاب، فإنها تحدث تغيرات فى أجسامنا تجعلنا نشعر بالدوتر الشديد ؛ فعندما نفزع فزعاً شديداً تنطلق دفعة عصبية من هذا المركز إلى الغدد الأدرينالية .. فتفزع تلك الغدد الأدرينالية والدورليبيرين الذى يؤثر بدوره على ضغط الدم والنفس . وتؤثر هذه للتغيرات الجسمية أيضاً على مشاعرنا، فنجد عندئذ أحاسيس الخوف أو القلق . ويحدث للشئ نفسه عند الاستثارة الجنسية .. نحن نعى كثيراً من التغيرات فى أجسامنا من خلال التيار Iumbosacral .

وينشأ التعلم نتيجة المشاعر القوية التى تصاحب استثارة الأعصاب، وهو يحدث بطريقة خاصة وفقاً لقاعدة الثواب والعقاب (التعزيز)، فإذا عرضنا أنفسنا لموقف نتلقى فيه مشاعر قوية .. كان الثواب أو المكافأة، فإننا نميل إلى تكرار ذلك السلوك حتى نتلقى للمشاعر نفسها للمتعة مرة أخرى . فالشاب الذى يتعاطى حبة هيروين لأول مرة، ويشعر بهيمنة، الهيروين فى دمه .. فإن هناك مشاعر دافعة إيجابية تتنابه، وهو يجد فى تلك المشاعر لذة وإثابة كبرى، ولذلك .. فإن الفرد يميل إلى تكرار ذلك السلوك ويقوم التعلم المستقل بدور كبير . أما إذا تلقى الشاب فى موقف ما مشاعر سلبية، فسيكون ذلك بمثابة عقاب، وسيميل إلى تجنب ذلك الموقف أو السلوك فى المستقبل .

نحن نتعلم كثيراً من خلال نظام الثواب والعقاب، وهى عملية تبدأ منذ الميلاد .. ومع التقدم فى السن يتوسع ذلك التعلم المستقل ليشمل نواح كثيرة من حياتنا ؛ فتعلم أى الخبرات نشعرنا بالمتعة وبالتالي نستمر فيها وأنها يشعرنا بعدم الارتياح والإحباط .. هذا التعلم عامل مهم فى أى خبرة خاصة، يخبرها الشخص، وتستبقى بعض النتائج فى نفسية الفرد:

\* الإدمان الجسمى والإدمان النفسى .

\* إدمان القمار - إدمان الماريوانا - إدمان الكحول - توالى الحياة .

ماذا يعنى فعل الاستسلام أو التسليم من جانب المدمن ؟

توجد هنا أكثر من خطوة من الخطوات الاثنتى عشرة بهذا المفهوم :

تذكر كلمة الاعتراف أربع مرات .

تذكر كلمة الإرادة ثلاث مرات .

فى الخطوة الأولى : يمتزج الاعتراف بالإرادة .

فى الخطوة الثالثة : نجد أنها تعتمد على تسليم الإرادة لله سبحانه وتعالى .

فى الخطوة الخامسة : نجد أنها تدور حول الاعتراف واختيار شخص تعترف له .

الخطوة الثامنة : تدور حول قوة الإرادة فى تعويض الآخرين

الخطوة العاشرة : تدور حول الاعتراف الدائم بالأخطاء .

الخطوة الحادية عشر : فهم إخضاع الإرادة الشخصية لإرادة الله .

الخطوة الأخيرة : تدور حول أن نصنع ما تعلمناه فى خدمة الآخرين .

باختصار.. الخطوات الاثنى عشر تدور كلها حول العزم والتصميم والإرادة، وهى كلها

أفعال نفسية صادرة عن الذات، ومن هنا سيدور الحديث حول مفهوم الإرادة كفعل نفسى .

\* تتجلى الذات فى فعل الإرادة؛ فإله تعالى : (فعال لما يريد)

(أنا أريد وأنت تريد والله يفعل ما يريد) .

\* والإرادة عملة ذات وجهين : الوجه الأول الإرادة نفسها، والوجه الثانى هو

التسليم، فنجد إن الكون هو إرادة الله عز وجل ، إنما يقول للشئء كن فيكون .

**جوهر مفهوم الإرادة كمفهوم نفسى :**

نحن نرى إن الإرادة هى الصورة التى تتجلى فيها الذات الإنسانية بوصفها

امتداد لإرادة الله ؛ فالإنسان خليفة الله فى الأرض .

تتجلى إرادة الإنسان فى أنه يريد هذا ثم هذا، بينما تتجلى الذات الإلهية فى أنه

فعال لما يريد وهى إحدى صفاته العليا ، وما الكون كله إلا تعبير عن إرادته العليا ،

والإرادة الإنسانية هى جزء من إرادة الله عز وجل .

**مجال تجلى الإرادة :**

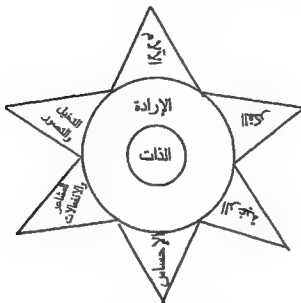
تتجلى الإرادة فى ستة أشياء، هى :

١ - الإلهام . ٢ - الفكر .

٣ - الرغبة . ٤ - الإحساس .

٥ - المشاعر والانفعالات . ٦ - التخيل أو التصور .

وتكون موضحة أكثر في الشكل التالي :



ومن هنا لا بد من إدراك هذه التجليات .

حقيقة الأمر في مشكلة الإرادة أن هناك قوة عميقة بين القوى الخارجية التي تحيط بالفرد وقواه الداخلية ، فطبيعة الحياة الحديثة بضغطها وتعقيداتها إنما تمت على حساب طاقاته الروحية والعقلية وقوة إرادته .

وحل هذا الإشكال خاصة في المرضى (الإدمان) ، الذي قوامه فقدان السيطرة، والتحكم هو تضيق القوة بين قوى الإنسان الداخلية (الإرادة) والقوى المحيطة به .

ويجب أن يسير ذلك في اتجاهين :

الاتجاه الأول : تبسيط الحياة الخارجية .

وتبسيط الحياة الخارجية هو التقليل من ضغطها والعودة إلى الارتباط بالطبيعة والتخلي عن الخضوع للابتكارات الحديثة ، وكما نعلم .. فإن التقدم التكنولوجي ليس هو الشر الذي نعانى منه ، بل تكمن المشكلة في استخدامنا لهذه التكنولوجيا الحديثة .

الاتجاه الثاني : تقوية الإرادة الداخلية .

أي تقوية ودعم ومساندة القوى الداخلية ، التي يجب أن يستعين بها في مواجهة الخطر الأكبر، وهو فقدان السيطرة على ذاته من جانب، وعلى ميته وإنجازاته من جانب آخر ، والإنسان قادر على ذلك وهو أمر واضح في تجلي الإرادة في السيطرة



على القوى للووية، وعدم استخدامها فى تدمير البشرية .  
ولا شك أن أعظم القوى الداخلية هى الإرادة ؛ فالسيطرة عليها والتدريب على التحكم فيها يجب أن يكون جوهر الجهد الإنسانى لمبیین :  
الأول : أنها تحتل كما ذكرنا موقعاً مركزياً فى الشخصية .  
الثانى : أنها تتجلى فى الأفعال الستة التى ذكرناها، والتى هى جوهر النشاط النفسى للإنسان ، ونعنى بهذا النشاط ، النشاط العملى التطبيقى لا النشاط العقلانى .

**كيف ندرب أنفسنا على تقوية الإرادة ؟**

للإرادة ثلاثة أبعاد، هى :

١- جوانبها المتعددة .

٢- خصائصها .

٣- مراحلها .

**\* الجوانب :**

وهى أهم هذه الأبعاد والتى أشرنا إليها فى الرسم السابق ؛ فهذه هى الجوانب التى تتجلى فيها الإرادة المكتملة النمو .

**\* الخصائص :**

أى وسائل للتعبير عن الإرادة فى الواقع .

**\* المراحل :**

وهى عملية الإرادة نفسها؛ أى نمو فعل الإرادة من البداية إلى النهاية .

ونحن نقصد بالإرادة المكتملة، النمو لدى الإنسان، ونمر بأربع مراحل :

فهناك الإرادة القوية ، والإرادة الماهرة ، والإرادة للحسنة أو الطيبة ، والإرادة العليا المتفوقة التى تتعدى المرء إلى الآخرين (وهى قدرة الإنسان على إخضاع الآخرين لإرادته) .. إنها المرحلة التى يصبح فيها الإنسان كله إرادة ، وهى مجموع الإرادات السابقة بشكل أو بآخر .

ونعود إلى تعريف المراحل الأربعة :

#### ١- الإرادة القوية :

وتبدأ بالاعتراف بالإرادة وبأن الفرد له إرادة، وأنه فى النهاية ذات مريدة ؛ أى إن الوجود الإنسانى هو تحقيق لإرادة الذات، ويكون للتدريب هو تنمية هذه الإرادة حيث يمكن استخدامها فى مختلف جوانب الحياة ، وهذا النوع أى ما نسميه بالإرادة القوية هو الذى يعتبره الناس كل الإرادة، ولكنه فى الحقيقة ليس إلا وجه واحد من الإرادة، وإذا ما أنسلخ عن بقية الأوجه أصبح مدمراً للذات ، وهذا هو ما يحدث فى حالة الإيمان.. تتحول الإرادة من الموجب إلى السالب .

#### ٢- الإرادة الماهرة (الحاذقة) :

وهى الوصول إلى النتائج المرجوة مع بذل أقل جهد ممكن ، مثال عندما تريد الوصول إلى مكان معين.. فأنت تدرس خير الطرق للوصول إليه، ولا تقطع الفيافى والتفارب، وتقفز فوق الأسطح وتعتبر البحار.. ولذلك كى نستخدم إرادتنا استخداماً حاذقاً، علينا أن نفهم تركيبنا الداخلى وأوصافنا وحوافزنا ... والعلاقة بينها.

#### ٣- الإرادة الحسنة أو الطيبة :

لا يكفى أن تتحلى الإرادة بأن تكون قوية وحاذقة، بل يمكن القول إنها بهذين الجانبين ضررها أكثر من نفعها؛ لأن الإرادة القوية الحاذقة إذا ما وجهت إلى الشر تصبح سلاحاً مدمراً للمجتمع وللذات؛ فالإنسان ذو الإرادة القوية الحاذقة والقادر على استخدام ملكاته الطبيعية استخداماً حسناً يستطيع أن يتسلط ويفسد إرادات الآخرين (مثل زعماء العصابات والقادة الدمويين وأصدقاء السوء) ، فمثل هذا الشخص المغامر الذى لا يخشى شيئاً ولا تعوق إرادته أى اعتبارات أخلاقية أو أى إحساس بالحب والتعاطف سيكون تأثيره مدمراً على المجتمع، ويقدم التاريخ أمثلة كثيرة لمثل هذا النوع، ولذلك لا تكتمل الإرادة إلا إذا وجهت إلى الخير، وأن نتدرب على اختيار الأهداف الطيبة.. قلن نستطيع استخدام الإرادة الاستخدام الذى وضعه الله لها، إلا إذا استخدمناها فى صالح البشر فتصبح قوية وحاذقة وخيرة .

#### ٤- الإرادة العليا :

إن الجوانب الثلاثة التى ذكرناها تكون الإرادة لدى الفرد العادى، وهى ذلك الدور من الإرادة الذى يكفى للفرد ليحقق ذاته ويحيا حياة مثمرة لنفسه وغيره.. إلا أن هناك بعداً آخر لدى الإنسان، ألا وهو البعد الدينى أو الجانب الروحانى .

إن هذا الجانب الروحاني الذي يشار إليه في خبرة استخدام الخطوات الانثى عشرة في علاج المدمنين؛ أى مرور المدمن بخبرة روحانية عميقة، هو ما نعتيه بذلك الإرادة العليا .

**أحد جوانب أساليب التدريب على تقوية الإرادة :**

لا نستطيع في هذا الحيز القصير أن نعرض لأساليب التدريب جميعها، وإنما يكفي أن نشير إلى جانب واحد، وهو جانب التأمل كوسيلة لتقوية الإرادة، وينقسم هذا التدريب إلى عدة أجزاء أولها المقدمة، التي تسمى بالإعداد أو التجهيز، وتتلخص في الآتي :

١- التدريب على الاسترخاء الجسمي والبدني والتماصك الانفعالي والميطرة العقلية .

٢- التركيز وهو التمكن من إدراك ما يحدث في جزء من أجزاء الجسم .

٣- تحديد الهوية : وهو التدريب على تركيز الذات، وهو النية على فعل شيء والإصرار على فعله، مثال ذلك : الاقتصاد على تناول أنواع معينة من الطعام، أو اجتناب المواقف الدافعة للتعامي أو تعديل أسلوب الحياة .

**برنامج "المدمنون الجھولون" في مصر:**

تلتجأ مستشفى بهمان بحلولان للأمراض النفسية والعصبية إلى علاج المدمنين عن طريق برنامج «المدمنون المجهولون» ، وهذا البرنامج موجود في كتيب داخل مكتبة المستشفى ، ولا خلاف حول الخطوات الاثنتي عشرة - والتي سبق توضيحها .. إلا أنه يقدم للمدمن (الذي سبق له أن انتكس) أكثر من مرة ، أو حتى يكون قد انتكس لمرة واحدة يقدم له التلطيمات الآتية :

١- أن يبدأ البرنامج العلاجي خطوة خطوة وبعد خروجه من المصححة .. يستمر في المراقبة على البرنامج اليومي، ويكون على اتصال بأحد أعضاء «الدميون المجهولون»، سواء عن طريق الهاتف أو البريد أو بصحبة شخص على الأقل، أن يحضر الاجتماعات حيث يجد الإجابة عن بعض الأسئلة، التي يمكن أن تحيره ويجد استفسارات لتساولاته .

وإذا لم يكن الزمن في داخل مصحة .. فالوضع لا يختلف .. فقط امتنع عن التعاطي اليوم .. إن معظم الأشخاص يمكنهم أن يتحملوا الثمانية ساعات أو اثنتي عشرة ساعة ما يبدو من المستحيل تحمله لفترات أطول .

٢- إذا كانت الرغبة فى التعاطى قوية ، حاول فقط أن تمتنع لمدة خمس دقائق أخرى. وهكذا ستتحول الدقائق إلى ساعات والساعات إلى أيام ، وبذلك ستسكن العادة .

٣- إن أولى خطوات الشفاء هى الامتناع ، فلا يمكن أن نتوقع نجاح البرنامج بالنسبة للمدمنين مادام عقولهم وأجسادهم كانت تحت تأثير المخدرات .

٤- ويستطيع أى مدمن تنفيذ هذه الخطوة فى أى مكان حتى فى السجن أو فى أحد المؤسسات، سواء بالامتناع المفجئ أو التدريجى تحت الإشراف الطبى - فلا تهم الطريقة كثيراً .. مادام نستطيع الامتناع - إن القدرة على مواجهة المشكلات ضرورية لكى نبقى متمتعين .

٥- إن بعض الأسباب الشائعة للتعاطى هى الشعور بالوحدة والرائة للذات والخوف، كما أن عدم الأمانة وضيق الأفق وفقدان الإرادة هم ألد أعدائنا .. أما حب الذات فهو نواة مرضنا .

٦- ضرورة الإشراف ، والإشراف هو مسئولية الجماعة لمساعدة العضو الجديد .. والإشراف يتم بصورة أخوية وليس رسمية ، ولكنه مع ذلك يعتبر أساساً ، ك مفهوم «المدمنون المجهولون» .. مدمن يساعد مدمناً آخر .

٧- إن الخطوات الاثنتى عشرة تستخدم كبرنامج علاجى ، ومن خلالها نتعلم كيف نلجأ إلى الله لنتمكن من حل المشكلات ؛ إذ نحن نؤمن بأن الله سوف يعيننا .  
«إن للمدمن هو أقدر إنسان على مساعدة المدمن الآخر» .

والبرنامج العلاجى هذا يستخدمه «المدمنون المجهولون» ؛ لمواجهة عدم العودة للإدمان.

**ديناميات الإدمان المتعدد :**

إبان عملى فى مستشفى لعلاج الإدمان ، لوحظ أمران :

الأول : مدمن يظل (مخلصاً) للتلوّل المخدر (الذى يفضلهُ) ، ولا يقبل أى (بدل) آخر مهما كانت الظروف .

الثانى : مدمن (ينتقل) من مخدر إلى آخر .. المهم أن يكون موجوداً فى (ساحة عرض المواد المخدرة) أى مخدر يتعاطاه (والسلام) ؛ حتى لا يقع فى (جحيم) الأعراض الانسحابية .

وإذا كان عديد من الدراسات قد تناولت محمن مادة مخدر محددة ، فإن الأمر لم يلق الاهتمام نفسه في دراسة الديناميات والدوافع ، التي تدفع للشخص إلى (الإدمان المتعدد Poly substance take وفى هذا الإطار قام كاتب هذه السطور بدراسة حالة لإدمان متعدد : ذكر ، ٣٤ عاماً ، بكالوريوس تجارة ، يعمل في مكتب محاسبة ، مطلق ، مسلم ، عدد أفراد أسرته (٧) ، الولد متوفى وكان رجل أعمال ، والدته سيدة أعمال ، ترتيبه الأخير ، وإدمانه : الحشيش ، الأمفيتامينات ، الكحوليات ، الهيروين ، البانجو ، إضافة إلى التدخين (سجائر - شيشة) ، مدة الإدمان (٢٠ عاماً) أى إنه قد بدأ التعاطي حين كان عمره (١٤) عاماً ، تردد للعلاج أكثر من مرة عبر المستشفيات الخاصة ، إلا أن فترات انتكاسه كانت سريعة ، تم تطبيق عديد من الأدوات النفسية لسر أغوار ديناميات مدمن متعدد .

وفيما يلي نقدم ملخصاً لبروفيل شخصية المدمن ودينامياته :

ازدياد في درجات القلق مع نقص في تقدير الذات، ووجود فروق بين درجتي الذكاء اللفظي والعلمي؛ مما يدخل المريض المدمن في فئة الأداء لدى الفصامين، بالإضافة إلى خلفية أسرية تتسم بالتناقض والتوحد بالأُم ومشاعر متناقضة تجاه الأب، وانحرافات جنسية وعجز عن تحمل الإحباط، وترك الأمور تسير مصادفة مع الإحساس بعدم الانتماء لا لمخدر معين أو حتى لأشخاص، يتوحد معهم، ويكونون نماذج طيبة مع عجز عن اتخاذ القرار والبحث خلف سراب، وهذا سر تنقله من مخدر إلى آخر، دون أن يستقر ، إضافة إلى عدوان شديد موجه ضد الذات (معتاطي الكيف نوع من التدمير للذات، ولجوءه إلى تغيير الذات حتى وإن كانت بطرق غير مشروعة ومدمره) بدلاً من التوجه إلى تغيير ما يحيط به أو بذاته بطريقة مشروعة.

والواقع أن الصفات السابقة نجدها كسمة .. عامة تميز المدمنين .. إلا أننا يجب أن نوضح أن كل هذه الشبكة من العلامات مع طبيعة الشخصية المقلقة وغير المستقرة نجدها بأوضح صورها لدى الإدمان المتعدد، مع الافتقار إلى الانتماء، وعجز واضح عن اتخاذ القرار وتبنى تقدير الذات وعجز عن التواصل مع الآخر، وهذا ما يوضحه (Broham & Khantzian 1992) من أن المدمنين يعجزون عن الإبقاء على الإمدادات النرجسية والتواصل للخارجي مع الآخرين .. ولذا تظل ذاتهم هشة، ومن هنا تكون المقايير جد مهمة بالنسبة له؛ لأنها تمنحه الإحساس - حتى وإن كان مزيفاً بقيمة الذات (Breham & Khantzian 1992, P: 110) ، وهذه الصفة قد أُنبتها عديد من الدراسات، مثل: دراسة إيمان البنا (١٩٩١) ومحمد حسن غانم (١٩٩٦) وحسين

فايد (١٩٩٧) ودراسة Jossor, 1970 ودراسة ماكيلان وآخرين Mcclelanetal 1972؛ حيث وجدوا أن الرغبة القهرية في التعاطي لا تتم اعطاباً، بل تتم نتيجة أن المخدر يعوض عن قوة الشخصية وسوائها والذي يفقد إليه المدمن .. وهو ما توصل إليه Chine من خلال دراسته المطولة على شخصية المدمنين، والتي تعاني من زلة من الأعراض متشابكة ومتماكة، ومنها: القلق والاكتئاب وانخفاض تقدير الذات والعجز عن التوجه السوي مع الآخر والعجز عن التواصل وغيرها من الصفات (Chine, 1984)، وهو نفس ما توصل إليه كل من Antony 1970 Gendreau, 1976 Gossop. W 1984 وغيرها من الدراسات. قدمت المقابلة الإكلينيكية والاستجابة على بطاقات اللات صورة بانورامية لشخصية المدمن للمواد المتعدد كان أوضح صورها: الاعتمادية، والفرود في الارتقاء في أحضان الأم / واضطراب صورة وسلطة الأب (والذي يلعب دوراً مهماً في تحديد ملامح الهوية) - Father Fig- ure قد أكدت بعض الدراسات التي تناولت شخصية المدمن من منظور دينامي مثل دراسة (sternberg & cohen, 1975) إضافة إلى اضطراب العلاقة بالموضوع؛ خاصة موضوع الحب الأصلي والبدلي، ولذا فإن «أوتوفينغل» يرى مثلاً أن الخوف من فقدان الحب هو خوف قديم لدى البشر، ويعادله قلق الخصاء عند الذكور (أوتوفينغل، ١٩٦٩، ص ٢٥٨) .. وهكذا تتكامل المشاهد سواء المتعلقة بالفرد للمدمن، أو طبيعة شخصية الأب (والذي وصفه بالوسواس) أو شخصية الأم التي تتحد مع الابن في السخرية من الأب وتصرفاته؛ مما جعل المدمن يقف في مفترق الطرق عاجزاً عن اتخاذ القرار، لاهتاً خلف مخدر سراب يعطيه الأمان والطمأنينة، حتى وإن كان على مستوى الهلوسة وأيضاً عاجزاً عن الانتماء والارتقاء في أحضان من يمثل له السلطة والحماية والأمان .

(محمد حسن غانم، ٢٠٠٢، ص ص : ٤٠ - ٦٣)

#### الإدمان واضطرابات الشخصية :

على الرغم من أن هذه القضية تحتاج إلى دراسة مستقلة في حد ذاتها.. إلا أننا في هذا الحيز لا بد أن نؤكد عدة أمور :

الأول : أن غالبية الدراسات وجدت علاقة (أكيدة ومباشرة) بين تعاطي المخدرات، ومعاناة الشخص من اضطراب أو أكثر من اضطرابات الشخصية .

الثاني : أن بعض الدراسات قد أوضحت أن إمكانية (سبق) الاضطراب على الإدمان واردة، أو أن معاناة الشخص من هذا الاضطراب أو عدم وجود (استبصار) أو

(وعى) أو (معلومات) فى بيئته، ويأخذ بيده إلى العلاج (عبر المنافذ الشرعية)، وحينذاك قد يلجأ الشخص إلى (التعاطى) بهدف العلاج الذاتى .

المآلث : أن بعض الدراسات قد أوضحت أن دخول الشخص فى الإدمان قد يفجر (فوراً وفى اللحظة نفسها) اضطراباً أو أكثر من اضطرابات الشخصية ، ولذا نجد فى هذه - الحالة - أن الإدمان يسير جنباً إلى جنب مع اضطراب الشخصية .

الرابع : أن الفرد قد أدمن - لأسباب متعددة - وقد نتج عن هذا الإدمان اضطراب أو أكثر من اضطرابات فى الشخصية .

الخامس : أن تواجده (بانوراما) من اضطرابات الشخصية مع الإدمان (سواء لعقار مخدر واحد أو تعاط أكثر من عقار) يقود إلى عديد بين الاستشكالات فى عملية التشخيص .. لماذا؟

أ - لأن التشخيص هنا يكون معقداً ومتشابكاً ومتداخلاً .

ب- إن ميكانيزم الانكسار - والذي يعد من أساسيات قواعد الإدمان - يجعل تشخيص الإدمان أكثر صعوبة وتعقيداً .

ج- إن أعراض اضطرابات الشخصية قد تتشابك مع الأعراض الاتسحابية للممنوع مما يجعل (الصورة أكثر تعقيداً) .

د - حتى لو نجحنا - فى الوقت الراهن - فى تشخيص الحالة، إلا أننا لا يجب أن (نستقيم) إلى هذا التشخيص ، بل نعاود النظر فى الحالة من وقت لآخر؛ حتى نأخذ فى اعتبارنا للجديد الذى جد .

السادس : إن اللجوء إلى محاولات (التطبيب الذاتى) تجعل الشخص يلجأ إلى تناول عديد من الأدوية، التى يظن من وجهة نظره أنها قادرة على ملحه الراحة والسعادة ، وإذا كان ميشيل أرجايل يشير من خلال ملاحظته لهذه الظاهرة فى المجتمعات المتقدمة إلى أنها قد تصل (أى محاولات التطبيب الذاتى) إلى أكثر من ٦٠ ٪ فكيف سيكون الأمر فى واقعنا ، وسهولة الحصول على أدوية نفسية من الصيدليات وبطرق شتى ، سواء عن طريق (المعرفة) أو اللجوء إلى (الواسطة) أو حتى تحت التهديد بالسلاح ، إلا أن الأمر الذى لا يمكن اتكساره «أن هناك أشكالا من التسرب للأدوية تحدث لأغراض غير طبية، وقد تشذ من همة الفرد سعياً، نحر الحصول على مزيد منها لأغراض التطبيب الذاتى؛

مما يعتقد من نمط العلاقة السببية المتصورة؛ خاصة إذا أطلقنا العنان بحثاً عن مزيد من الاحتمالات ، ولكن فى خضم هذا كله علينا ألا ننسى حقيقة، مؤداها أن أحد الأسباب الأساسية هر مواجهة متاعب وجدانية؛ مما يدعم كحد أدنى مشروعية التعاملى لأغراض التطبيق .

( خالد بدر ، ١٩٩٤ ، ص ٣١٩ - ٣٣١ )

ويقودنا كل ما سبق إلى التأكيد مرة أخرى إلى ضرورة نشر الوعى الصحى بطبيعة الأمراض النفسية ، والعلامات الدالة عليها؛ لأن اللجوء إلى علاج القلق - مثلاً عن طريق القنوات المشروعة - يكون أجدى بكثير من لجوء الفرد إلى تعاطى المخدرات، أو أى أنواع من الأدوية النفسية، ثم تكون النتيجة بعد ذلك لا قلق تم علاجه، بل قلق وإدمان!؟ وسوف تكفى بعرض نتائج دراسة ميدانية أجريت على المدمنين ( عدد العينة ١١٦ مدمنًا ) ، وتم تطبيق استئمارة التشخيص السيكانزى بناء على محكات التشخيص الأمريكى الإحصائى الثالث المعدل DSM III R ، إضافة إلى اختبار المسح السيكولوجى Psychological screening inventory ، وقد أظهرت النتائج ما يلى :

- النسبة العامة لانتشار الاضطرابات النفسية بين المدمنين، بلغت ٧٩,٣ ٪، مقسمة كالتالى :

أ - نسبة اضطرابات الشخصية : موزعة كالتى :

- اضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع ١٣,٨ ٪ .

- اضطرابات الشخصية البارانونية ١,٧ ٪ .

- اضطرابات الشخصية الفصامية ١,٧ ٪ .

- اضطرابات الشخصية الاعتمادية ١,٧ ٪ .

- اضطرابات الشخصية الهستيرية ١,٧ ٪ .

- اضطرابات الشخصية الوسواسية ٨٦,٨ ٪ .

ب- اضطرابات المزاج : وكانت كالتالى :

- اكتئاب جسم ١٠,٣ ٪ .

- عسر المزاج ٦ ٪ .



- اكتئاب ثنائي القطب ٣,٤ ٪ .
- اضطرابات مزاجية أخرى ٨,٦ ٪ .
- ج- اضطرابات القلق ١٧ ٪ مقسمة كما يلي :
- اضطرابات القلق العام ٨,٦ ٪ .
- اضطرابات المخاوف الاجتماعية ٤,٣ ٪ .
- اضطرابات المخاوف البسيطة ١,٧ ٪ .
- اضطرابات الفزع ٢,٦ ٪ .
- د - اضطرابات نفسية أخرى :
- اللصام ٤,٣ ٪ .
- اضطرابات الوسواس القهري ١,٧ ٪ .
- الاضطرابات الانشاقية ١,٧ ٪ .

(Abdal Hafiez, 1996)

#### ما موقف أعضاء الفريق العلاجي من الانكاسة ؟

من المهم أن كافة أعضاء الفريق العلاجي الذي يتعامل مع المدمنين - بكافة فئاتهم - لابد أن يكونوا على (وعى) بقضايا الإدمان و(تشابكاتها) ، كما أنه من المهم أيضاً - وفي المقام الأول - أن تكون اتجاهاتهم إيجابية تجاه المدمنين من المرضى ، وقد لاحظت من خلال الخبرة أن بعض أعضاء الفريق العلاجي كان اتجاهه سلبياً تجاه الإدمان ، ويعتقد أن ما يقوم به هو عبارة عن (سد خاتمة) ، ولذا تكون مقابلة المريض المدمن على عجل أو على مضض ، المهم أن يسجل أنه قابل المريض المدمن ، وأنه قد أجرى تقييماً شاملاً للجانب، الذي يخصه سواء أكان اجتماعياً أم نفسياً أم طبياً ، والبعض الآخر (وهذه فئة محدودة جداً) كان يقوم بكتابة تقرير للتقييم، دون أن تكلف نفسها عناء مقابلة المدمن المريض ، ولماذا يقابله ، وما سوف يسأله أو يقول المدمن قد سمعه مئات المرات : أصدقاء السوء ، ضغوط أسرية ، عدم وجود عمل ، أو وفرة المال بصورة تدعوه إلى المفسدة ، وكان أحد أعضاء الفريق العلاجي (يتهمك على المريض المدمن؛ حيث يقرر الفريق العلاجي خروجه ويقول له ساخرًا : مش مهم تسلم لأنك

بكره متشرفنا (أى سيتنكس فور خروجه من باب المستشفى) ... وغيرها من الحالات من أعضاء الفريق العلاجى ذى الاتجاه السلبى تجاه المدمنين وعلاجهم وتأهيلهم وبقية القضايا والاستشكلات الأخرى .

وفى دراسة رصدت لوجهات نظر أعضاء الفريق العلاجى والتأهيلى لمدمنى المخدرات، وجدت الآتى :

#### أ - وجهة نظر الأطباء النفسيين تجاه العلاج النفسى للمدمنين :

كانت وجهات نظر الأطباء فى علاج المدمن المتنكس كما يلى :

- (١) هناك حقائق هى كالقلب بالنسبة لموضوع علاج المدمن العائد .. ومن يريد أن يتصدى لإنقاذ مدمن .. فعليه أن يعرف بعض الحقائق، وأن يتسلح بالعلم وأن يتزود بالخبرة .
- (٢) إن الإدمان له علاج .. وكل مدمن يمكن شفاؤه، ولكن مع تحفظ هو صعوبة علاج السيكرباتى .
- (٣) إن إنقاذ المدمن يحتاج لصبر وتصميم، مع ضرورة وجود إنسان قريب جداً من المدمن يمنحه الحب ويعرضه على الشفاء .. إنسان يظل يسانده ويظل بجواره .
- (٤) من يتحمل مسؤولية العلاج .. لا بد أن يعرف كل الحقائق مثل نوع المادة المخدرة وتأثيرها ومضاعفاتها وأعراض الانسحاب وخطورتها على المدمن .
- (٥) لا بد أن تظهر نتائج العلاج الناجح خلال ٤ أسابيع، يظل خلالها المدمن معزولاً عن المجتمع وعن أفراد ثلثته، حتى نمنعه من العودة مرة أخرى .
- (٦) يجب إشراك المدمن فى خطة العلاج ؛ لأن المدمن ليس إنساناً مخبولاً فقد عقله ولكنه إنسان فقد السيطرة على نفسه ويجب أن نساعد فى أن يبنى إرادته والمدمن هو أقدر إنسان على أن يساعد نفسه .. أصلح إنسان يمكن أن يساعد مدمن آخر .
- (٧) أجمع ٩٥ ٪ من للفريق الطبى على أن الفراغ سبب مباشر للعودة للإدمان، كما وضعها بحثنا هذا، والفراغ بمفهومه يعنى الفراغ الذى يعيشه المدمن قبل دخوله المستشفى، أو الفراغ الذى يحيا به بعد خروجه من المستشفى، وهذا يدفعه للإدمان وللالتقاء بالثقة للتدبيرة التى كانت سبباً مباشراً للإدمان .
- (٨) ولما كانت شخصية المدمن، كما أوضحها البحث الحالى، من خلال اختبار

برنرويتز أنه غير متزن من الناحية الإنفعالية وضعيف الثقة بالنفس أحيانا منعزل على نفسه، ورفض النصيحة .. أشارت استجابات الأطباء المعالجين إلى أهمية العلاج النفسي في تدعيم ثقة المدمن بنفسه وتنمية مواطن الضعف في شخصيته وتكثيف جلسات العلاج النفسي، مساعداً في أن يعبر المدمن فترة أعراض الانسحاب بسلام ودون أي أزمات .

حيث أجمع ٧٥% من الأطباء المعالجين على أن طول الفترة العلاجية، والتي تمتد إلى ثلاث شهور وشدة أعراض الانسحاب، التي لا يتحملها المدمن سبباً آخر للانكسار .

ب - آراء الأخصائيين النفسيين في علاج المدمن المنتكس :

ذكروا أن الأسباب الأكثر شيوعاً للانكسار، هي :

- ١- عدم استبصار المدمن بحقيقة إدمانه ٩٠% .
  - ٢- قلق المدمن الشديد بشلة التعاطي ٨٥% .
  - ٣- معاملته على أنه مبيوذ (من قبل الأسرة) ٧٥% .
  - ٤- قلة الخدمات الإرشادية النفسية ٧٠% .
  - ٥- عدم ملائمة بيئة المدمن بعد خروجه من المستشفى ٢٥% .
- وأن الخدمات النفسية المقترحة - من وجهة نظر الإخصائيين النفسيين - لعلاج المدمن المنتكس :

- ١- الاهتمام بالعلاج النفسي لتدعيم نفسيته ١٠٠% .
- ٢- الحد من زيارة المدمن في المستشفى ٧٥% .
- ٣- ملء فراغ المدمن أثناء علاجه ٦٠% .
- ٤- متابعة المدمن بعد خروجه من المستشفى ٥٠% .
- ٥- تقديم كتيبات عن أضرار الإدمان ٢٥% .

(ماجدة حسين ، ١٩٩١ ، ص ص ١٢٢ - ١٢٧)

ونكتفي بهذا القدر من قضايا المدمنين والمنتكسين .



## الفصل الرابع

دراسات ميدانية سابقة

في

الانتكاس والعلاج



## الفصل الرابع

### دراسات ميدانية سابقة في الانتكاس والعلاج

سوف نقدم في هذا الحيز سبع دراسات عربية في مجال التعامل مع الانتكاسة، وسوف نلخص الدراسات الأولى والثانية بذلك، أما بقية الدراسات فتقدم لنا رؤية علاجية ومن زوايا مختلفة لكيفية التعامل مع الإدمان، وما يترتب عليه من إجراءات علاجية وتأهيلية، أملين أن تتزايد الدراسات التطبيقية العلاجية في هذا الصدد .

الدراسة الأولى : ماجدة حسين محمود (١٩٩١) عن :

سيكولوجية المدمن العائد - دراسة نفسية اجتماعية

منهج البحث وأدواته :

الأسئلة التي تحاول الدراسة الإجابة عنها :

(١) ما أسباب العودة الفاصلة بالجوانب الاجتماعية والشخصية، كما يدركها المدمن الذي عاد للعلاج مرة أخرى؟

(٢) ماأسباب العودة في رأى فريق العلاج؟

(٣) ما العوامل التي أدت للعودة مرة أخرى، من وجهة نظر أفراد أسرة المدمن؟

تكرنت العينة من ٦٠ مدمناً عائداً لعقار الهيروين، كلهم من الذكور غير المتزوجين في المرحلة العمرية من ٢٠ : ٣٠ سنة، مع اختلاف مجالاتهم ومستوياتهم وكانت العينة من المستشفيات العامة والخاصة، ولُخذت العينة من محافظتى القاهرة والسويس وأيضاً ٤٠ طبيباً من الفريق الطبى و٤٠ من بعض أسر المدمنين العائدين .. هذه العينة شملت عديداً من المهن مثل الطلاب والتجار ورجال الأعمال .

أدوات البحث :

(١) تصميم استمارة مقابلة من إعداد الباحثة لتطبيقها على عينة البحث للإجابة عن تساؤلات البحث، تتضمن بيانات أولية «المدة التي قضاها المدمن فى الإدمان - أسباب العودة للإدمان» .

(٢) تصميم استمارة تطبيق على الفريق للعلاجى؛ للإجابة عن تساؤلات البحث، ومعرفة أسباب العودة للإدمان .

(٣) اختيار الشخصية «برنرويتز» لقياس بعض الجوانب الشخصية الخاصة بالعينة .  
وقد استخدمت الباحثة الوسائل الإحصائية الآتية:

- اختبار كاي<sup>٢</sup> - اختبار ت (T . Test) متوسط حسابى وانحراف معيارى .

- معاملات الارتباط «معادلة سبيرمان» .

### النتائج ومناقشتها :

السؤال الأول: يدور حول أسباب العودة للإدمان، كما ينكرها المدمن الذى عاد للإدمان مرة أخرى ؟

أظهر البحث عدة نتائج لأسباب العودة لإدمان الهيروين .. كانت أسباب العودة الرئيسية من وجهة نظر المدمنين، هى :

- تأثير الشلة وجماعة الأصدقاء .

- التكلفة العلاجية فى بعض المصحات .

حيث إن ٩٨ ٪ من المدمنين العائدين أكد أن الشلة هى السبب المباشر للعودة للإدمان، و٨٨ ٪ من المدمنين العائدين أكد أن التكلفة العلاجية هى سبب مباشر للعودة للإدمان .. فهم يفضلون أن ينفقوا على العقار مضاريف العلاج .

السؤال الثانى: يدور حول أسباب العودة من وجهة نظر الفريق الطبى .

أجمع حوالى ٩٥ ٪ من الفريق الطبى على أن السبب المباشر للعودة يتمثل فى الفراغ، الذى يعيش فيه المدمن، سواء قبل دخوله للمستشفى أو أثناء العلاج .. وأيضاً تخلى للصحة والأصدقاء عنه وإحساسه بالوحدة .

وأجمع ٧٥ ٪ من الأطباء على أن طول الفترة العلاجية سبب للعودة .. فعدم وجود صبر لدى المدمن لتحمل جلسات العلاج الطويلة المكثفة تعد سبباً للعودة .

السؤال الثالث: يدور حول أسباب العودة من وجهة نظر أفراد أسرة المدمن العائد؟

وجاءت الإجابة أن ٩٥ ٪ من أسر المدمنين العائدين أجمعوا على تأثير الشلة السلبى على المدمن، وأنه لا يستطيع مقاومة جماعة الأصدقاء، ولا أن يعزل عنهم فيعود للتعاظم معهم، وبعض الأسر أجمع على أن الفراغ وغياب الرقابة الأسرية على



المدمن يجعله يتجه للإدمان بنسبة ٨٧٪ في بعض الأسر .

وأخيراً .. أوضحت نتائج اختبار برنرويتر بعض خصائص العينة، مثل أنهم غير متزينين من الناحية الانفعالية، ويعانون من العزلة، ويرفضون النصيحة والتشجيع وأنهم غير اجتماعيين لهم مجتمع منغلَق يفضلون التعايش فيه .

أوضحت أيضاً نتائج هذا الاختبار عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي أصحاب الدخل المرتفع والمنخفض عدد مستوى دلالة ٠,٠١، بين المجموعتين على أبعاد الشخصية الستة لاختبار برنرويتر، الذي يؤكد أن دخل الفرد لا يؤثر بشكل دال على عودته للإدمان .

(ماجدة حسين ، ١٩٩١)

**الدراسة الثانية :** دراسة إسماعيل سعيد ، يحيى الخزرج (١٩٩٨) عن : عوامل الانتكاسة عبر مراحل العلاج والاستشفاء - دراسة ميدانية لطالبي العلاج من إدمان الهيروين بمستشفى الأمل بجدة .

سعى البحث للإجابة عن عدد من التساؤلات المتعلقة بعوامل الانتكاسة عبر مراحل العلاج والاستشفاء ، والدور الذي تلعبه الأسرة وجماعة الأصدقاء في الانتكاس إلى المخدر ، وكيف تشكل الرغبة للفطرية نحو تفهم طرق العلاج الصحيح ، ومن خلال الدراسة المتعمقة لحالة خمس وخمسين تزيلاً، ممن يتلقون العلاج من إدمان الهيروين، تمكن الباحثان من تعرف طبيعة مراحل العلاج المتبعة في البرنامج التطوعي المقدم في مستشفى الأمل، والذي يشمل على ثلاث مراحل بدءاً من جناح (ب) وانتهاء بجناح ( د ) ، وبيّنت الدراسة أن عوامل الانتكاسة في المرحلة الأولى من طلب العلاج كانت تتمثل في :

١- عدم تفهم طالب العلاج لطبيعة المعالجة، التي تقتضى البقاء في المستشفى لفترة تتراوح إلى ستة أشهر .

٢- تأثير المخدر (الهيروين) خاصة من الناحية النفسية، ورغبة المتعاطي في الحصول على نشوة الهيروين، بعد أخذ الإسعافات الأولية وتنقية الجسم من سموم المخدر.

٣- عدم تولد رغبة صادقة للمدمنين نحو الإقلاع القطعي عن التعاطي .

٤- تأثير الأصدقاء والبيئة المحيطة بالمدمنين؛ حيث تبين من الدراسة أن تفهم المدمنين لطبيعة دخولهم في عالم الهيروين في هذه المرحلة عملية سابقة

لأوانها، فالعلاج فى هذه المرحلة ينصب على تصفية جسد المدمن من المخدر، أو ما يعرف بمرحلة الانكسار .

وتنقلت عوامل الانتكاسة فى المرحلة المتوسطة من العلاج (جناح س) على عدد من العوامل بيأتى فى مقدمتها :

١- تدهور الظروف الأسرية والاجتماعية الخاصة بالمدمن ، إضافة إلى الإحباط الذى يشل من قدرة طالب العلاج ، والتعجل فى حل المشكلات التى نجمت من تعاطى الهيروين .

٢- العودة إلى تعاطى المخدر ، ومن ثم الانغماس فى التعاطى، والرجوع إلى مرحلة التعاطى المستمر قطع العلاج .

٣- تأثير البيئة المتمثل فى سهولة الحصول على المخدر من قبل الأصدقاء ، وعدم تفهم الأسرة لطبيعة العلاج الذى يقتضى جذب المدمن نحو التفكير الجدى للاعتماد عن التعاطى ، وتقديم العون بانتشاله من عوامل التعاطى التى دفعت به إلى الاستخدام الأول .

وأما فيما يتعلق بعوامل الانتكاسة فى المراحل المتقدمة من العلاج (جناح د) .. فقد اتضح أن معدلات الانتكاسة تنخفض بشكل ملحوظ عند وصول المدمنين إلى المرحلة النهائية من العلاج ؛ لأن البرنامج يساهم إلى حد كبير فى إعادة تشكيل فكر المدمن ويجعله قادراً على تفهم كافة الظروف والملابسات التى أخذت به إلى التعاطى، إضافة إلى ما تتضمنه مراحل العلاج فى هذه المرحلة من تبصير للمدمن بمثيرات الانتكاسة، التى تساهم إلى حد كبير فى الرجوع إلى المخدر .

غير أن طريقة العلاج المتكاملة والاستمرار فى مراحلها لا يعنى بالضرورة انعدام حدوث الانتكاسة من قبل طالبى المعالجة ، الذين يتسمون بانخفاض المستويات التعليمية وتدنى معارفهم الفكرية . ويظل الاشتياق إلى المخدر وظهور الرغبة فى الحصول على نشوة الهيروين ، إضافة إلى الأوضاع المتردية التى انتهى منها متعاطو الهيروين، إليها ، بجانب انخفاض المستويات التعليمية لأسرهم وعدم مشاركتهم الفعالة فى مراحل العلاج المتبعة ، عوامل تأخذ بالمدمن نحو الانتكاس إلى المخدر، رغم كل الجهود المبذولة من قبل البرنامج العلاجى .

لقد يات جلياً للباحثين أهمية دور الأسرة وضرورة مساهمتها فى إبعاد طالب العلاج عن المحيط البيئى، الذى دفع إلى الاستخدام الأول للتلأفى الرجوع إلى معاودة

استخدام المخدر . وأمكن التعرف أن الإقلاع التام عن المخدر بعد تلقى البرنامج العلاجى المقدم من مستشفى الأمل مرتين برغبة المدمن فى التواصل مع حياة الاستقامة ، وفى توفير أدنى معدلات ضروريات الحياة للكريمة ، التى تعد مطلباً لأى فرد فى المجتمع .

ومن تكرار القول ، تأكيد أن فترة تعاطى الهيروين تفقد المدمن عمله وعلاقاته واحترام الآخرين له . ومن ثم .. فإن العمل على إعادة تكوينها من جديد يتطلب تعاوناً من كافة المؤسسات المجتمعية ، والتى تخرج عن الحد الذى يمكن أن يوفره البرنامج العلاجى .

وعلى ضوء النتائج الميدانية التى سبقت الإشارة إليها ، ونظراً لطابع العلاج التطوعى والمجانى اللذين ساهما إلى حد كبير فى التساهل من قبل المدمنين فى الانخراط الجاد فى البرنامج العلاجى، وما نتج عن ذلك من تصنييع وإهدار للوقت والجهد وإطالة للوقت الذى يتطلبه العلاج .. يوصى الباحثان بضرورة إيجاد صيغة من الإلزام، وإشراك الأسرة لتحمل بعض التزامات العلاج وجعل البرنامج العلاجى جزءاً من العقوبة التى يجب أن يخضع إليها طالب للعلاج كرهاً، وأن يتعهد فى مراحل لاحقة من العلاج بأن يقدم تعهداً خطياً على ضرورة الإسهام الفعال فى خطوات العلاج ، على ألا يتضمن ذلك تعويل المستشفى إلى مؤسسة عقابية سائلة للحرية، ومن ثم تصبح للنتائج المرجوة من المستشفى كالنتائج المتعارف عليها من قبل علماء الإجرام عن الإصلاح وإعادة التأهيل فى المؤسسات العقابية . كما يوصى الباحثان بأهمية إجراء دراسة تتبعية للحالات التى أكملت للعلاج بالمستشفى، ومعرفة مدى النجاح أو الفشل الذى طرأ عليها .

(إسماعيل سعيد ، يحيى الخزرج ، ١٩٩٨ ، ص ص ٧٩ - ١٢٢)

**الدراسة الثالثة:** دراسة مدحت أبو زيد (١٩٩٨) عن : الفروق بين نوى العلاج الداخلى والعلاج الخارجى من معتمدى الهيروين فى بعض المشكلات المتعلقة بالعلاج النفسى الجماعى .

هدفت الدراسة معرفة الفروق بين نوى العلاج الداخلى والعلاج الخارجى ، ولذا فقد تكونت العينة من (٦٠) مريضاً من المترددين على العيادات الخارجية، ويمثلون العلاج الخارجى outpatient treatment و(٤٢) مريضاً من الوحدة (ج) يمثلون العلاج الداخلى inpatient treatment ، وتلخصت أدوات الدراسة فى أداة واحدة، قام الباحث بإعدادها، وهى قائمة مراجعة المشكلات المتعلقة بالعلاج النفسى

والتي تحتوي على (٣٤) مفردة تمثل كل منها مشكلة، يجاب عنها بمقياس خماسي.. وقد توصل الباحث إلى عديد من النتائج، منها :

١- أن معتمدى العقاقير عموما لا يؤمنون كثيراً بالعلاج النفسى، ويفضلون العلاج العقاقيرى ، وأن العلاج العقاقيرى أجدى وأنفع من العلاج النفسى .

٢- أن هذا الاعتقاد (أى) الثقة فى العلاج العقاقيرى أكثر من الثقة فى العلاج النفسى، وجد لدى عينة المدمنين المقيمين داخليا أكثر من ذوى العلاج الخارجى.

٣- أن ذوى العلاج الداخلى يخشون من العلاج الجماعى فى الأبعاد الآتية:

أ - عدم الاقتناع بمفهوم العلاج النفسى الجماعى .

ب- عدم الانصياع لمعايير الجماعة العلاجية .

ج- اتجاهات غير مرضية تجاه مفهوم العلاج النفسى ككل .

د - اتجاهات سلبية نحو الوحدات العلاجية .

هـ- الاعتقاد بأن الدخول فى علاج نفسى جماعى مرة واحدة يكفى .

و - الخوف من إفضاء الأسرار الخاصة بواسطة الجماعة العلاجية .

ز - عدم الشعور بالارتياح من حجرة العلاج النفسى الجماعى وغيرها من النتائج.

(مدحت أبو زيد ، ١٩٩٨ ، ص ص ٢٠٩ - ٢٩٣)

الدراسة الرابعة : دراسة عبدالله الجوى (١٩٩٩) عن: أثر برنامج التدريب على التعامل مع القلق فى تخفيض القلق لدى عينة من معتمدى الهيروين :

تناولت الدراسة اراهنة محاولة التخفيف من القلق أو التخلص منه باستخدام برامج غير تقليدية ومستحدثة فى علاج مرضى الاعتماد على الهيروين ، وهو برنامج التدريب على التعامل مع القلق .

كما استهدفت الدراسة للعالية الإجابة عن عدة تساؤلات، والتي من خلالها حاول الباحث اختبار مدى فاعلية برنامج التدريب على التعامل مع القلق ، فى تخفيض مستوى القلق لدى عينة من معتمدى الهيروين ، للمؤمن بالقسم الداخلى بمستشفى الأمل بالدمام ، وقياس مدى فاعلية هذا البرنامج وتأثيره .

## أدوات الدراسة :

استخدم الباحث الأدوات التالية :

### ١- برنامج التدريب على التعامل مع القلق

قام «ريتشارد سوين» وزملاؤه بتطوير برنامج التدريب على التعامل مع القلق (١٩٩٠) ، وهو برنامج سلوكى فعال، صمم فى البداية لعلاج اضطراب القلق العام، الذى لم تنجح معه الوسائل العلاجية السلوكية الأخرى. وأثبتت البحوث فاعليته فى علاج عدد كبير من الاضطرابات التى يجمع بينها القلق .

وقام الباحث بإدخال تعديل بسيط على البرنامج، من خلال توجيهه بشكل محدد لمواجهة القلق المصاحب للاعتماد على المخدرات، من خلال ربط التعليمات أو المشاهد المثيرة للقلق فى البرنامج ، بمشكلة الاعتماد على المخدرات. كما أضاف الباحث للبرنامج جلسة للتدريب على التخيل، ضمن الجلسات الاستكشافية فى بداية البرنامج .

### ٢- قائمة قلق الحالة وقلق السمة لـ «سبيليرجر»

وضع سبيليرجر وزملاؤه القائمة عام ١٩٦٤، وقد صدر أحدث إصدار لها عام ١٩٨٣، وتشتمل القائمة فى صورتها للعربية (أحمد عبد الخالق ١٩٩٢) ، على مقياسين وهما حالة القلق وسمة القلق، وكان لهما صدق وثبات مرتفعان فى الدراسة العربية .

### ٣- قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير والكحول

وهى من إعداد فطيم، ورشاد ، والجارحى (١٩٩٧) ، وتهدف إلى تشخيص الأنواع المختلفة من الاعتماد وسوء الاستخدام للمخدرات ، بذام على المحكات التشخيصية للدليل التشخيصى الإحصائى الرابع D. S. M. IV .

### العينة :

تم اختيار عينة الدراسة من ٣٠ مريضاً ملوماً بمستشفى الأمل بالدمام، مقسمين إلى مجموعتين متساويتين: مجموعة تجريبية وعددها ١٥ مريضاً، وأخرى ضابطة بالعدد نفسه باستخدام أسلوب الأزواج المتناظرة فى اختيار العينة ؛ لضبط متغيرات العينة، وتراوحت أعمار عينة الدراسة من ١٨ - ٣٧ سنة .

## نتائج الدراسة :

وقد كشفت عدة نتائج، من أهمها :

انخفاض مستوى قلق الحالة لدى المجموعة التجريبية بعد التعرض لبرنامج التدريب على التعامل مع القلق ، بالإضافة إلى البرنامج العلاجى التقليدى ، فقد تبين من المعالجات الإحصائية وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى درجة قلق الحالة لدى المجموعة التجريبية قبل تطبيق برنامج التدريب على التعامل مع القلق ويعدده . لصالح الاختبار القبلى؛ حيث وصلت قيمة (ت) = ٩,٤٦١، وهى دالة عند مستوى ٠,٠١ .

وكذلك تبين انخفاض مستوى قلق السمة لدى المجموعة التجريبية بعد التعرض لبرنامج التدريب على التعامل مع القلق ، وذلك يعنى وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى درجة قلق السمة لدى المجموعة التجريبية، قبل تطبيق برنامج التدريب على التعامل مع القلق ويعد لصالح الاختبار القبلى؛ حيث وصلت قيمة (ت) = ٥,٤٧٨ وهى دالة عند مستوى ٠,٠١ .

كما كشفت للدراسة عن ارتفاع مستوى قلق الحالة بعد تعرض المجموعة الضابطة للبرنامج العلاجى التقليدى بالمستشفى فقط (دون استخدام برنامج التدريب على التعامل مع القلق)، ولكن بدرجة غير دالة إحصائياً ، حيث أشارت المعالجات الإحصائية إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى قلق الحالة لدى المجموعة الضابطة ، قبل البرنامج العلاجى التقليدى بمستشفى الأمل بالدمام ويعدده ؛ حيث بلغت قيمة (ت) = ١,٩١٨ .

فضلاً عن هذا.. فقد تبين ارتفاع القلق بعد تعرض المجموعة الضابطة للبرنامج العلاجى التقليدى فقط (دون استخدام برنامج التدريب على التعامل مع القلق) بدرجة دالة إحصائياً ، حيث أشارت المعالجات الإحصائية إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى قلق السمة ، قبل التعرض للبرنامج العلاجى التقليدى بمستشفى الأمل بالدمام ويعدده لصالح الاختبار البعدى؛ حيث بلغت قيمة (ت) = ٢,٧٥ . وهى دالة عند مستوى ٠,٠٥ وهذه النتيجة ملفقة للنظر - فى حدود عينة ومتغيرات الدراسة - فقد أظهرت هذه النتيجة ارتفاع مستوى سمة القلق لدى المجموعة الضابطة، بدلاً من أن ينخفض بعد التعرض للبرنامج العلاجى التقليدى . ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى عامل أساسى، وهو عدم وجود برامج علاجية مخصصة، وموجهة لعلاج القلق ضمن البرنامج العلاجى التقليدى اليومى .

كما أظهرت الدراسة انخفاض قلق الحالة لدى المجموعة التجريبية التى خضعت لبرنامج التدريب على التعامل مع القلق، بالإضافة للبرنامج العلاجى التقليدى، أكثر منه فى المجموعة الضابطة التى لم تخضع سوى للبرنامج العلاجى التقليدى فقط؛ فقد أظهرت المعالجات الإحصائية وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى اختبار قلق الحالة البعدى، ما بين المجموعة التجريبية والضابطة، لصالح المجموعة الضابطة، حيث بلغت قيمة (ت) = ٤٣٨,٦ وهى دالة عند مستوى دلالة ٠,٠١.

وبالمثل.. كشف البرنامج عن انخفاض قلق السمة للاختبار البعدى فى المجموعة التجريبية، التى خضعت لبرنامج التدريب على التعامل مع القلق، بالإضافة للبرنامج العلاجى التقليدى، أكثر منه فى المجموعة الضابطة التى لم تخضع سوى للبرنامج العلاجى التقليدى فقط.. فقد بينت المعالجات الإحصائية وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى درجة سمة القلق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة فى الاختبار البعدى، لصالح المجموعة الضابطة؛ حيث بلغت قيمة (ت) = ٥,٨٤، وهى دالة عند مستوى ٠,٠١.

#### مناقشة النتائج :

بالنظر للنتائج التى توصلت لها للدراسة، يتبين عديد من النقاط المهمة :

\* على ثبات فاعلية التدريب على التعامل مع القلق فى تخفيض مستوى القلق لدى عينة من المعتمدين على الهيروين، سواء كان هذا القلق قلق حالة أو قلق سعة . وعلى الرغم من صغر عينة للدراسة .. فإن نجاح نتائجها يشجع على القيام بدراسات مشابهة للتحقق من فاعليتها على مرضى الاعتماد على المخدرات باختلاف أنواعها . يمكن إدراج البرنامج، ضمن برامج الوقاية الأولية لملاج القلق؛ لتجنب المرضى اللجوء إلى إساءة استخدام العقاقير من باب العلاج الذاتى لتخفيف قلقهم، مما يدفع عديداً منهم مستقبلاً للاعتماد على المخدرات .

كما يمكن استخدام البرنامج كأسلوب علاجى موجه للوقاية من الانتكاسة، من خلال تدريب مرضى الاعتماد على المخدرات على مواجهة المواقف المضاعطة، والتى تصاحبها عادة درجة عالية من أعراض قلق الحالة؛ مما يدفعهم لتعطى المخدر للتخلص من هذه الأعراض، من خلال تدريب المريض على مواجهة تلك المواقف المضاعطة والتكيف معها؛ مما يساعده على اكتساب مهارات سلوكية جديدة، وهو ما يراه الباحث متمثلاً فى مهارة التدريب على التعامل مع القلق.

لم نقوم هذه الدراسة للمقارنة بين فنية التدريب والبرنامج العلاجي التقليدي ، ولكن للهدف من المقارنة هو معرفة أثر البرنامج ضمن برامج علاج الاعتماد على المخدرات التقليدية . وعليه.. تدفعنا هذه النتيجة إلى استخدام فنية التدريب على التعامل مع القلق كأحد البرامج العلاجية الرئيسية ضمن برامج علاج الاعتماد على المخدرات .

#### التوصيات :

وقد خرج الباحث بعدد من التوصيات بخصوص تطبيق فنية التدريب على التعامل مع القلق، ضمن البرنامج العلاجي لعلاج الاعتماد على المخدرات بمستشفيات الزمل بالملكة العربية السعودية . كما أوصى بتطبيق البرنامج في العيادات النفسية ومراكز الإرشاد بالمعاهد والجامعات ومراكز التدريب ؛ بسبب النتائج الإيجابية لتطبيق هذا البرنامج كبرنامج متخصص، أثبت فاعليته في علاج القلق ( عبد الله الجوهي، ١٩٩٩ ) .

الدراسة الخامسة : دراسة عن : مدى توافق تقويم المريض (المدمن) لحالته مع تقييم الفريق العلاجي ، وارتباط ذلك بقيم المريض الدينية .

طبقت هذه الدراسة على ثلاث مستشفيات في كل من المدن التالية بالملكة العربية السعودية : الرياض ، جدة ، الدمام، والتي تقدم خدماتها في مجال علاج مدمني المخدرات ، وقد عمدت أدراسة إلى التحقق من مدى توافق تقييم الفريق المعالج (الطبيب النفسي ، الإخصائي النفسي ، الإخصائي الاجتماعي) مع تقييم المريض لحالته .. وقد أبرزت النتائج سلبية ذلك ، نتيجة لعدد من العوامل :

- تنوع التخصصات التي تعمل ضمن للفريق المعالج .
- تعدد المدارس والفلسفات العلاجية لكل تخصص .
- أن الفريق يعمل ضمن خطة علاجية لم يشارك في وضعها .
- أن المرضى يختلفون في مدة التعامل وشدة ونوع المخدر، ومدى قناعتهم بالبرنامج العلاجي .

ومن جانب آخر أبرزت الدراسة تأثير ضعف الوازع الديني بوصفه أحد العوامل التي ساهمت في التعامل ، وفي الوقت نفسه .. فإن ارتباط شدة الالتزام الديني ترتبط بقناعة المريض بالبرنامج العلاجي ، ولعل أهم ما توصلت إليه الدراسة من توصيات،



تتلخص فى الآتى :

- ١- عدم فرض البرنامج العلاجى على للفريق المعالج .
  - ٢- عدم فرض البرنامج العلاجى على المريض أيضا .
  - ٣- ضرورة وضع البرنامج العلاجى من قبل الفريق والمريض معاً .
  - ٤- أن يكون لكل مريض برنامج علاجى خاص به يعكس وضعه الإدمانى .
- (سعود ضحيان ، نايف المطيرى ، ٢٠٠٠ ، ص ص ٢٤٥-٢٨٠)
- الدراسة السادسة : دراسة محمد حسن غانم (٢٠٠١) عن : برنامج علاج نفسى لمدمن، يعانى من اضطرابات جنسية وانخفاض مستوى توكيد الذات .

نهضت الدراسة على تناول مدمن، يعانى من المشاكل الآتية :

- ١- الاعتماد على المخدر كنمط للحياة .
  - ٢- الفجل .
  - ٣- عدم توكيد الذات .
  - ٤- الاكتئاب ومشاعر الذنب .
  - ٥- اضطرابات جنسية تأخذ شكلين منحرفين، هما :
    - أ - الجنسية المثلية السلبية .
    - ب- التعلق الجنسى بالمحارم .
  - ٦- القلق والتوتر المرتبط بالمرافق الاجتماعية (الفريقا الاجتماعية) .
- البرنامج العلاجى للحالة : تم استخدام التقنيات العلاجية الآتية :
- ١- العلاج النفسى التددعى .
  - ٢- العلاج النفسى السلوكى :
- أ - أسلوب الاسترخاء العضلى والتدريب عليه .
  - ب- أسلوب تأكيد الذات .

### ٣- العلاج العقلانى - الانفعالى لأبترت إليس .

مدة البرنامج : استغرق تطبيق البرنامج ما يقارب الأشهر الأربع .

عدد المقابلات : ثلاث مرات أسبوعيا .

مدة الجلسة : ساعة .

النتائج : للتأكيد من فاعلية البرنامج العلاجى الذى تم استخدامه، تم الاحتكام إلى :

١- إعادة تطبيق الاختبارات التى سبق تطبيقها قبل استخدام البرنامج العلاجى (باستثناء اختبار تفهم الموضوع) ، وقد أشارت النتائج (البعدية) إلى وجود انخفاض فى درجات اختبارات : القلق الصريح لتايلور فى قائمة بيك للاكتئاب ، واختبار احتمالية الانتحار ، وجدول المخاوف لولبى ، وزيادة فى درجات اختبار توكيد الذات .

٢- تسجيل تحسن فى تفاعلات المريض / المدمن مع نفسه ومع الآخرين، من خلال:

أ- مواجهة عدة مواقف من قبل أصدقاء كانوا يحاولون (شدة) مرة أخرى إلى الانكسار.

ب- استمراره طوال مدة البرنامج للعلاجى دون انتكاس، مع الأخذ فى الاعتبار أنه قد استمر فى البرنامج العلاجى، من خلال تردده على وحدة الرعاية اللاحقة OPD .

ج- اتخاذ مواقف عملية من خلال البحث عن عمل، بل والالتحاق فعلا.

د - البحث الجدى عن شقة تمليك .

هـ- البحث عن زوجة يرتبط بها .

و- زيادة الدافعية .

ز- زيادة فى مواقف توكيد الذات .

( محمد حسن غانم ، ٢٠٠١ ، ص ص ٢٧٧ - ٣٠٦ )

الدراسة السابعة : دراسة مدحت أبو زيد (٢٠٠٢) عن : للجماعات العلاجية بالمساعدة للذاتية : دراسة أمبيريقية : مدى فاعلية العلاج الجماعى بالمساعدة للذاتية ذى الشكل غير الحر ، قصير الأمد فى تعديل القيم السالبة لدى عينة من معتمدى الكحول .

تنهض الدراسة على فرض عام مؤداه : يوجد فرق جوهري بين القياسين القبلى والبعدي ، يشير إلى انخفاض مستوى اعتناق القيم السالبة لدى عينة معتمدى الكحول ، ويرجع لفاعلية برنامج جماعة المساعدة الذاتية المستخدم ، وقد انقسمت العينة إلى نوعين :

أ - العينة الأساسية : بلغ قوامها (٣٠) من معتمدى الكحول الذكور .

ب- العينة العلاجية : بلغ قوامها ثلاثة من معتمدى الكحول ممن أنهوا العلاج الداخلى بمستشفى الأمل بجدة بالسعودية ، وانتقلوا إلى العلاج الخارجى ، وقد تم اختبارهم وفق شروط معينة ، أهمها :

الرغبة فى مواصلة الإقلاع والاستمرار فى التعاطى دون انتكاس ، وتم استخدام أداة واحدة هى مقياس القيم السالبة للاعتماد العقاقيرى من إعداد الباحث ، ويحتوى على (٢٦) مفردة تعبر كل منها عن قيمة سالبة يجاب عليها بمقياس خماسى .. أما عن البروتوكول العلاجى ، فكان كالاتى :

المسمى : جماعات المساعدة للذاتية ذات الاثنتى عشر خطوة .

الخصائص : برنامج علاجى مقنن ، وغير حر ، منظم ، قصير الأمد .

هدف البرنامج العام : تعديل القيم السالبة وتخفيض درجة اعتناقها لدى أفراد الجماعة للعلاجية من ذوى الاعتماد الكحولى .

طبيعة البرنامج : علاج جماعى .

حجم المراحل العلاجية : ثمانى مراحل .

طبيعة الجلسات : مغلقة .

تكرار الجلسات : مرتان أسبوعيا .

مدة الجلسة : ساعة ونصف .

قيادة الجلسة : للمؤلف (ميسر) Facilitator

حجم الجماعة: خمسة من معتمدى الكحول من الذكور في بادئ الأمر ، انقطع وانتكس لثتان عرلم يكمل العلاج واستمرت للجماعة بقولم ثلاثة فقط حتى النهاية .

مدة العلاج المقررة : تسعة أسابيع ونصف .

مدة المتابعة : ستة أشهر (مرة كل عشرة أيام) .

وقد توصلت الدراسة إلى عديد من النتائج ومنها حدوث تعديل من السالب إلى الموجب ، أو على الأقل انخفاض سلبيتها ، وهذه ميزة علاجية لبرنامج المساعدة الذاتية ذى الاثنى عشر خطوة .

(مدحت أبو زيد ، ٢٠٠٢ ، ص ص ٤٩٥ - ٥٧٨)

الدراسة الثامنة : دراسة على مفتاح (٢٠٠٣) عن : فعالية برنامج معرفى سلوكى على بعض المتغيرات المرتبطة بالإدمان لعينة من مدمى الهيروين بالملكة العربية السعودية .

هدفت الدراسة إلى الوقوف على فعالية النموذج المعرفى السلوكى على بعض المتغيرات المرتبطة بتعاطى الهيروين، نظمت فى المعتقدات الإيمانية، معتقدات الشوق، قوة الرغبة فى التعاطى ، واحتمالية التعاطى ، وتكونت عينة الدراسة من (٣٧) مدمى للهيروين بمستشفى أمل الدمام ، تتراوح أعمارهم بين (١٨ - ٤٨) عاماً.

وقد استخدم الباحث المقاييس التالية : مقياس الاعتقادات الخاصة بتعاطى المخدرات ، ومقياس معتقدات الشوق ، مقياس التنبؤ باحتمالية الانتكاسة، وهو يتكون من مقياسين فرعيين هما : مقياس قوة الرغبة فى التعاطى ، مقياس لاحتمالية التعاطى ، إضافة إلى النموذج المعرفى السلوكى ، واستغرق تطبيق الأدوات والبرنامج حوالى خمسة أشهر .

وأظهرت النتائج أن هناك تغييراً فى المعتقدات الإيمانية ، ومعتقدات الشوق فى الاتجاه الإيجابى ، وأن قوة الرغبة فى التعاطى واحتمالية التعاطى بدأت فى الضعف .

(على مفتاح ، ٢٠٠٣ ، ص ص ٥٧٩ - ٦٣٣)

## الفصل الخامس

### كيف نواجه الانتكاسة

- مقدمة .
- كيف نواجه الانتكاسات لدى مدمن المخدرات
- كيف يتعامل المدمن مع الرفض والنقد .
- كيف يتعامل المدمن مع الاكتئاب .
- الوصايا العشر التي على المدمن اتباعها قبل أن ينتكس .
- ماذا تفعل لكي نتغلب على مرضى (الإدمان)
- اعتراف مدمن:
  - \* للمدمن الأول.
  - \* للمدمن الثاني .



## الفصل الخامس

### كيف نواجه الانتكاسات لدى مدمن المخدرات

#### مقدمة :

سوف نحاول - عبر هذا الفصل - تقديم بعض الاقتراحات التي تمت في هذا الصدد ، ونحن لا نغفل بالتالي ضرورة قيام الجهود المتعددة من كافة مؤسسات الدولة تجاه (فعل الإيمان وفعل الانتكاسة) .

#### كيف نواجه الانتكاسات لدى مدمن المخدرات:

التغلب على الانتكاسة هو المرحلة الأخيرة في التعافي ، وهي عملية بدء الامتناع عن التعاطي والاستمرار في ذلك الامتناع؛ حتى يقلع المريض نهائيا ، وهي في الوقت نفسه عملية إدخال تغييرات على علاقة المريض بالآخرين وعلاقته بنفسه. وهذه العملية تختلف من شخص لآخر، وهي تحدث عادة في المجالات الجسمية والنفسية والسلوكية والعلاقات بالآخرين والأسرة والمجالات الروحية والدينية والاجتماعية والاقتصادية . ويتفق الباحثون في هذا المجال على أن التعافي يعتمد على المرحلة التي يمر بها المريض ، كما يعتمد على شدة ودرجة الأذى الناشئ عن الاعتماد على المخدر ووجود مريض نفسى أو جسمي، ومدى مستوى إدراك المريض وتلفيقته، ونوع الدعم أو العون الذي يتلقاه، وبعض المرضى قد يتعافون تماما بينما يهزأ بعضهم شفاء جزئيا، وهؤلاء قد يولجھون لنتكاسات على مر الأيام .

ويعنى تعافى المدمن اكتساب المعلومات الجديدة ، وزيادة وعيه واستبصاره وتنمية مهاراته لمواجهة أزمات وضغوط الحياة باعتباره إنسانا غير مدمن وإتباع خطة للتغيير . وقد تتضمن خطة التغيير هذه علاجا على يد متخصص، والمساهمة في برامج العلاج الذاتي وتدريب المرء لشئون حياته . وفي المراحل الأولى للتعافي يعتمد المريض بشكل أكبر على العون الخارجى، والمساعدة التي يقدمها المختصون أو جماعات المساعدة . ومع تقدم التعافى يزداد الاعتماد على الذات؛ لمعالجة مشكلات وتحديات للحياة الجديدة التي لا تعتمد على المخدر .

ويجب النظر إلى الانتكاس لا على أنه مجرد معاودة لتعاطي المخدر فقط، وإنما

لأنه أيضا عملية لها دلائل وعلامات تشير إلى قرب حدوث الانتكاسة . وقد تنتهى الانتكاسة بسرعة أو تقرر إلى العودة بدرجات متفاوتة، وتتضح آثار الانتكاسة الأولى فى استجابات المريض الوجدانية المعرفية؛ فالانتكاسة الكاملة أكثر ميلاً إلى أن تحدث لدى الأفراد الذين لديهم قوى (ميل قوى) لخرق قواعد الامتناع . ومع أن هناك من المتكسبين من يعود إلى المستوى السابق وأكثر منه ، ولكن هناك أيضاً من يعود دوماً، ولكن إلى مستويات أقل .

### العوامل المرسية للانتكاس:

تنقسم هذه المرسيات إلى قسمين : الأول مايمكن أن يرجع إلى العلاقات مع الآخرين والثانى إلى العلاقات مع الذات . وهذا النوع الأخير يشمل الحالات الانفعالية السلبية والإيجابية ، والحالات الجسمية السليمة واختبار مدى التحكم فى النفس بالإضافة إلى الإغراءات .. وتبين البحوث التى أجريت على مدمنى الكحول والهيرويين والتدخين أن الفئة التى تؤثر أعظم تأثير على حدوث الانتكاسة هى الحالات الانفعالات السلبية .

أما المرسيات من فئة العلاقات بالآخرين .. فتشمل الصراع فى العلاقات ، الضغط الاجتماعى لاستخدام المخدر ، والحالات الانفعالية الإيجابية المرتبطة ببعض التفاعل مع الآخرين .

وتدل البحوث التى أجريت لمعرفة شدة تأثير كل مرسب بالنسبة للانتكاس .. فى حالة الأفيونات كانت درجة الاختلال أو الفساد الذى نشأ من استخدام المخدر، والاختلال السيكياترى ، وطول مدة العلاج ونوعه ، والاندماج فى الجريمة ، وانعدام تدعيم الأسرة ، وزيادة الحالات الانفعالية السلبية، ونقص المهارات الاجتماعية للتعامل مع الآخر .

بالنسبة لمدمنى الكحول .. كانت نقص تدعيم الأسرة وزيادة الحالات الانفعالية السلبية ، نقص المهارات ، ووقائع وأحداث الحياة السلبية .

بالنسبة للمدخنين .. كانت الحالات الانفعالية السلبية ومشاكل العلاقات فى العائلة والأقران .

وهناك تصنيف آخر بالنسبة للمرسيات إذ يمكن فهمه على أساس أنه ناشئ من تفاعل المريض والأسرة والمجتمع وعوامل العلاج .. وهذه تشمل متغيرات انفعالية (مثل الحالات الانفعالية المزاجية السلبية أو الإيجابية) متغيرات سلوكية (مثل



الاندفاعية وأساليب المواجهة Coping أو نقص للمهارات) متغيرات معرفية (الاتجاه نحو الشفاء- إدراك قدرة الذات على مواجهة مواقف الخطر ومستوى العمليات المعرفية) ومتغيرات بيئية وقى للعلاقات الشخصية (مثل : نقص التوازن الأسرى - الضغوط الاجتماعية لاستخدام المخدرات - نقص العمل المثمر أو النشاط المدرسى - نقص الاندماج في أنشطة أوقات الفراغ والترويح) ومتغيرات فسيولوجية (مثل: استمرار أعراض الانسحاب، آلام مزمنة - أو الإصابة بمرض عضوى - الاستجابة للأدوية) متغيرات سيكاثرية (وجود مرض نفسي) متغيرات معلوية أو روحية (الإحساس بالخل والذنب ومشاعر الخواء ونقص فى مفهوم معنى الحياة - وهناك متغيرات خاصة بالعلاج (كالموقف السلبى لمن يقدمون المعون - نقص المهارة فى ضرورة التعامل مع العناية اللاحقة) .

### نظرة عامة إلى محاولات منع الانتكاس :

نشأت الوقاية من الانتكاس كطريقة لمساعدة المدمنين على الاحتفاظ بالتغير لفترة طويلة .. وقد وجد أن العوامل المرتبطة بخفيف التغير المبدئى أن الامتناع يختلف عن تلك التى ترتبط بالاحتفاظ بالتغير لمدة طويلة، ومن هنا نشأت الوقاية re-lapse Preview .

### ومن أشهر طرق الوقاية من الانتكاس :

١- الأسلوب السلوكى المعرفى لمدمنى الكحوليات والمخدرات . ويستخدم هذا الأسلوب أيضاً لمعالجة المدمنين ومرتكبى جرائم الجنس، ومشاكل السيطرة على الدافع الجنسي .

٢- الأسلوب النفسى التربوى .

٣- أسلوب الرعاية اللاحقة .

### وتشترك كلها فى عدة عوامل :

تركز كلها على الأفراد من مرضى الإدمان لتعلم لديهم مهارات مجابهة جديدة لمعالجة مواقف الخطر وعلامات الانتكاس وإحداث تغيرات فى أسلوب الحياة؛ بحيث تقلل الحاجة إلى للكحول والدخان والمخدرات وزيادة الأنشطة الصحية ، والترتيب لمواجهة الانتكاسات حتى لا تتحول إلى عودة كاملة، وكذلك منع النتائج الضارة لها .. وكلها تؤكد الحاجة إلى جعبة واسعة من الحيل لمواجهة معرفية وسلوكية لمنع الانتكاس .

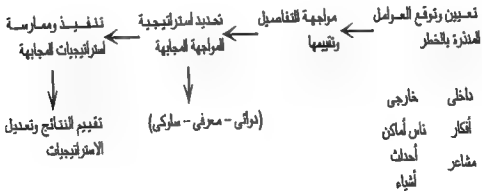
### التدخلات السلوكية المعرفية :

إن استخدام التعلم عن طريق الخبرة experiential مثل : لعب الأدوار ، التخييلات ، التدريبات المسرحية على السلوك، المونودراما ، السيودراما ، العلاج المعرفي بالقراءة Biblio Therapy. والواجبات المنزلية أمر ينصح به الخبراء بحيث يجعلون من التعلم خبرة نشطة للمريض، ومثل هذه التمرينات تزيد من الوعي وتقلل من الدفاعية ، وتساعد على تغيير السلوك. ومن الأمور ذات الفائدة، وضع جدول زمني inventory بحيث يسيطر المريض على أنشطة حياته اليومية، ويكتشف عوامل أو دلائل الخطر وعلامات الانتكاس أو مشاكل الحياة المندرة .

### الموضوعات الرئيسية في برامج الوقاية من الانتكاس

(١) مساعدة المرضى على تعيين العوامل ذات الخطورة ووضع استراتيجيات لمواجهةها والمواقف ذات للخطر أو الحرجة .. وهي تلك المواقف التي يلجأ فيها المريض إلى استخدام الكحول أو المخدر قبل العلاج ، وهي تشمل عادة المواقف مع الذات ومع الآخرين . ويرى البعض أن المواقف التي يتناول فيها المريض المخدر خلال السنة السابقة على العلاج تمثل عوامل الخطر العليا H. R ، وتوجد اختبارات وقوائم عديدة تعدد مواقف الخطر .

- 1- Inventory of drinking situations, Annis
- 2- Inventory of drug taking situation, Annis
- 3- Identi..ying high sisk situation, Doley
- 4- Snbstante Abnse Problem Checklist, Carroll
- 5- High risk situation list, Gorski



ويمكن أن يضاف إلى ذلك أساليب أكثر شمولاً كالتدريب على المهارات، وإعادة صياغة التصورات وأسلوب الحياة ، ومواجهة الضغوط مثال :

(٢) مساعدة المرضى على فهم الانتكاس باعتباره عملية حدثت في الوقت نفسه

يصبح المرضى أكثر استعداداً لتقبل تحديات الشفاء، إذا عرفوا حقيقة أن الانتكاسة تحدث دائماً من خلال سياق، وأن هناك دلائل وعلامات تنذر بقرب حدوثها. ومع أن الانتكاسة قد ترجع إلى عمل أو فعل اندفاعي من جانب المريض ، إلا أنه في معظم الأحوال تظهر عادة تغيرات في الاتجاه والعواطف والعقل مع تغيرات سلوكية قبل التعاطي الفعلي للمادة ، ويمكن اعتبار هذه العلامات كحقلات في سلسلة الانتكاس، وتحدث هذه العلامات قبل أيام أو أسابيع من حدوث علامات في الفكر والاتجاه والمزاج والسلوك . ومن المفيد أن يحكي المدمنون السابقون خبراتهم في هذه الحالة بحيث يستفيدون منها .

(٣) مساعدة المرضى على تفهم أن علامات الانتكاسة يجب أن تعامل معاملة الاشتياق:

توجد أدلة تشير إلى أن اشتياق carving المدمن يطلق عند التعرض لمثيرات في البيئة، ترتبط بسابق استعماله للمادة .. كالروية أو الشم مما يزيد من أفكاره حول المادة وزيادة القلق، ونحن نعمل طبعاً أن ننصح المدمن بقطع علاقاته بالأشخاص والأماكن والأشياء المرتبطة بالإدمان بالتعاطي كوسيلة؛ لتقليل ظهور العلامات التي يمكن أن تؤدي إلى الانتكاسة .. ومن الوسائل العملية نقل السكن وخلافه .

وأحد الأساليب المتبعة في علاج الانتكاسة هو تعريض المريض للدلائل والعلامات (الغمر Flooding) ؛ حتى نقلل من استجابته للعلامات، ونوسع من دائرة أساليب المجابهة وثقة المريض في قدرته على المقاومة .

ونظراً لأنه يكاد يكون من المستحيل تجنب كافة المواقف المرتبطة بالتعاطي ، فإنه يمكن لنا تعليم المريض كثيراً عن تكتيكات لمعالجة الموقف والاشتياق .. فأولاً يجب تزويدهم بالمعلومات عن الدلائل والعلامات وكيف تطلق الاشتياق .. كذلك التدخلات المعرفية، مثل : تغيير الأفكار عن الاشتياق والرغبة ، وتحدى فوراً في تذكر المرح – التحدث إلى النفس – تذكر النتائج السلبية – التأجيل . أما التدخلات السلوكية فهي لتجنب ، الإهمال ، تغيير الموقف ، إعادة توجيه النشاط أو الاندماج في أنشطة سارة ، الحصول على العون والمساعدة من الآخرين بالاعتراف، والتحدث عن

الاشتياق وسماع الحكايات عن قاموا ونجحوا ، وحضور اجتماعات الرعاية اللاحقة أو تعاطى الأدوية (المنفرة) ، ويعرض قائمة لكيفية تنظيم حياة المريض .

#### (٤) مساعدة المريض على فهم ومعالجة الضغوط الاجتماعية للتعاطي

تؤدي مجموعة من الضغوط المباشرة وغير المباشرة إلى حدوث الانتكاسة . وتؤدي هذه الضغوط الاجتماعية إلى زيادة الأفكار والرغبات والقلق بشأن قدرة المرء على رفض الدعوة إلى التعاطي .

وأحد الأساليب لمساعدة المرضى على فهم الضغوط الاجتماعية والتعامل معها هي الخطوة التالية :

- ١- للخطوة الأولى هي تحديد للعلامات الخطرة (مناطق الخطر أو الانزلاق) ، مثل : مقابلة المتعاطين أو المتعاملين مع المخدرات والمواقف أو الأحداث، التي يتعرض فيها المريض، أو تقدم له المواد المخدرة (كالاجتماعات في حالة التدخين) .
- ٢- الخطوة الثانية تقديم آثار أو نفوذ هذه الضغوط الاجتماعية على أفكار المريض ومشاعره وسلوكه .

٣- تخطيط وممارسة وتنفيذ استراتيجيات المجابهة، وتشمل : التجنب واستخدام مهارات لفظية أو معرفية أو سلوكية .

٤- استخدام لعبة الأدوار التمثيل أمام المرءة للتدريب على رفض العروض للتعاطي .

٥- الخطوة الأخيرة تدريب المريض على تقديم نتائج كل أسلوب من أساليب المجابهة وتعديله . وفي معظم الحالات .. فإن الانتكاسة عادة تنشأ من العلاقات بالمتعاطين السابقين.

#### (٥) مساعدة المريض على خلق شبكة علاقات دعمية ومساندة .

وهناك مجال أوسع لمواجهة الانتكاسة، وهو إدخال الأهل والأقارب والأصدقاء في الموضع . وقد أبدت نتائج البحوث فكرة مساندة الأهل والأصدقاء، وأنها تقصد دونهم . ويحتاج المريض أولاً إلى تحديد من يلجأ لهم ، وأن يحدد كيف ومتى يلجأ إليهم . والتدريب على ذلك ضروري (في المرأة) ، ومعظم المدمنين يعانون من الخجل ومشاعر الذنب أو التكبرياء .. نوضح بعد ذلك خطة تنفيذية مكتوبة أحياناً . ومن خلال الخبرة وجد أن العلاج بالسيكودراما، ومن خلال الفنيات المستخدمة هام جداً في تعديل (سلوكيات) المدمن، بل (وزرع) سلوكيات جديدة تحل محل السلوكيات

(السيئة) ، والتي اكتسبها الفرد عبر مراحل إيمانه، وشبكة علاقاته الاجتماعية مع المدمنين أمثاله ... إلخ .

(٦) مساعدة المريض على وضع أساليب مجابهة الحالات الانفعالية السلبية.

تعد الحالات الانفعالية السلبية من العوامل المرتبطة بالانتكاسة؛ فالإكتئاب والقلق عوامل ذات خطر كبير فى الانتكاس . ويعتقد البعض أن كثيراً من الانتكاسات يحدث بسبب انعدام البهجة والمرح فى حياة المريض، ويضاف إلى ذلك الغضب والملل شعارات down get Hungrey Angry Lonley on Tivcol (HLAT) تفضب أو تجوع أو تجهد أو تصبغ وحيدا ، وقد وجد أن الغضب والوحدة سببان رئيسيان فى الانتكاسة لدى الكثيرين .

وتتغير أساليب المجابهة تبعاً للمصدر والأعراض والنتائج ؛ فمثلاً تختلف أساليب معالجة الإكتئاب المصاحب لإدراك المريض أن إيمانه قد أفسد حياته عن معالجة الإكتئاب، الذى هو جزء من المرض الدورى للهوس / الإكتئاب، والذي قد يظهر بعد شهور من تخليص المريض من الأعراض الانسحابية من آثار المخدر . وتدل الإحصائيات على أن عددا لا بأس به من المدمنين يعانون من أمراض مزدوجة أى من مرض نفسى بجانب الإدمان كتحقلب المزاج؛ ولذلك يجب أن يشمل التفويم اختبار إمكان وجود مرض نفسى من عدمه (كما سبق وأشرنا إلى وجود علاقة بين الإدمان واضطراب الشخصية) .

كما أن التدخلات التى تساعد المريض الذى يتنابه الغضب من حين لآخر ويسعى إلى نشدان الملوى فى المخدر أو التبغ أو الكحول تختلف عن التدخلات فى حالة المريض الغاضب المزمن من نفسه ومن الآخرين . فالأول قد يحتاج إلى المساعدة للتعبير عن غضبه بدلا من كبته .. أما الثانى، فيحتاج إلى أن يتعلم كيف يوقف التعبير عن غضبه ، حيث إنه يكون اندفاعيا وغير ملائم، بل قد لا يكون لهذا الغضب أى مبرر . ومثل هذا الشخص يستفيد من الأساليب المعرفية، التى تعلم الفرد كيف يتحدى ويغير الأفكار الغاضبة، كما يستفيد الغاضب المزمن من إدراكه أن الغضب علده هو عيب فى الشخصية .

وتتوقف التدخلات فى حالة المرضى الذين يشعرون بالسأم المزمن والخواء أو انعدام المتعة والبهجة على طبيعة الحالة الوجدانية . فمضى يحتاج للمريض إلى أن يتعلم كيف يستفيد من وقت الفراغ أو تنمية أسس قيم جديدة وعلاقات جديدة أو أنشطة جديدة تجعل لحياته معنى ودلالة ، ويحتاج كثير من المرضى إلى تغيير معتقداتهم

بشأن للمتعة والمرح والإثارة وما هو المهم فى الحياة . ويرى كثيرون من مدمنى الكوكايين أن حياتهم دون المخدر فارغة، بالمقارنة إلى حياة التمتع ذات الإثارة . مثل هؤلاء المرضى يحتاجون إلى تغيير العقائد والاتجاهات والسلوك .

وقد يحتاج المرضى كثيرى الانتكاس إلى علاج بالعقاقير أيضاً، بالإضافة إلى علاج الانتكاس بالطرق النفسية المتعددة .

(٧) مساعدة المريض على مجابهة التشوهات والرتيبات المعرفية .

التمريبات المعرفية أو ما نسميه بأخطاء التفكير ترتبط بعدد كبير من الأمراض النفسية والإدمان وتظهر أيضاً فى حالات الانتكاس ، ويحتاج الأمر إلى تغيير طريقة التفكير حتى يستطيع المريض أن يظل ممتعاً .

وغالباً ما يكون من المفيد للمرضى أن يكتشفوا أخطاءهم المعرفية مثل التفكير الثنائى القطبية أبيض / أسود ، أو المغالاة فى التهويل من الأخطار ، والتعظيم الزائد المبالغ فيه ، والتجريد الانتقائى ، وتوقع الأشياء ، والقفز إلى النتائج دون تدبر ... إلخ، ومعرفة كيف تؤثر تلك العمليات على الانتكاس أمر مفيد . ويمكن تعليم المرضى فى هذه الحالة استخدام الأفكار المضادة لمجابهة أفكارهم الخاطئة أو الأفكار السلبية ، ومن التدريبات التى تستخدم تقديم ورقة عليها ثلاث تعليمات :

١ - اكتب الأفكار التى تدور حول الانتكاس .

٢ - دون ما تراه من خطأ فى هذه الأفكار .

٣ - ألق أو ابتكر أفكاراً جديدة .. وعادة ما نضع فى هذه القائمة سبع أفكار مرتبطة عادة بالانتكاس لنحث المريض على القيام ببقية التدريب، مثل : لا يمكن لى أن انتكس - أستطيع التحكم فيما أتناوله من عقار - قليل من الخمر يصلح المعدة - لا يهم إذا تناولت قدرًا ضئيلاً من المخدر - لا يسير الشفاء بالسرعة المرجوة - لا بد لى من الخمر أو المخدر لأحس بالمتعة - لقد انتهت مشكلتى .

(٨) مساعدة المريض على اتخاذ طريقة حياة متوازلة .

بالإضافة إلى تحديد العوامل المؤدية إلى خطر الانتكاس .. فإنه غالباً ما يحتاج الأشخاص المعتمدون على المواد المخدرة إلى إدخال تغييرات عامة وشاملة للوصول إلى نوع من التوازن فى طريقة حياتهم، وكيف يخطئون لها، أو اتباع طريقة حياة صحية، مما يعتبر من العوامل المهمة فى تخفيض الضغط التى تجعل المرء معرضاً للانتكاس .

ويمكن تقديم طريقة الحياة بمرجعة أساليب وأنماط الأنشطة اليومية ومصادر الضغط أو الشدائد أو الأحداث اليومية الصاعقة ، والارتفاعات والانخفاضات اليومية في المزاج ، الموازنة بين الرغبات (الأنشطة الرامية إلى اللذة وإرضاء الذات) وما يجب (الواجبات) تجاه مطالب الواقع الخارجى ، للصحة والتمرينات ، أنماط الأنشطة الرياضية ، أنماط الاسترخاء ، الأنشطة الخاصة بالعلاقات مع الآخرين ، المعتقدات الدينية ، مساعدة المدمن على تكوين عادات إيجابية ، أو إحلال أنشطة أخرى محل أنشطة تحليل الذات (مثل : الجرى ، التأمل ، الاسترخاء ، التدريب ، الهوايات ، أعمال خلاقية ومهمة ... إلخ) محل استخدام المخدر يساعد على موازنة طريقة الحياة . أما المرضى الذين يحتاجون للدخول فى مغامرات وأنشطة خطيرة .. فإنه يمكن أن يستخدموا المباق والغسل والمصارعة ... إلخ .

(٩) مساعدة المرضى على وضع خطة لكسر الانتكاسة والقضاء عليها .

تبين معظم الدراسات الحديثة أن غالبية مرضى مدملى الكحول والمخدرات والمواد المخدرة تحدث لهم انتكاسة بين الحين والآخر .. ولذلك يفضل أن توجد خطة طوارئ تتبع فى حالة الانتكاس بحيث تتجنب عودة كاملة إلى الوراء . وعلى أى حال .. إذا حدثت عودة كاملة ، فإن للمريض يحتاج إلى خطط وسياسات لوقف تلك الرجعة عند حددها ، وتقوم التدخلات التى يجب اللجوء إليها على أساس شدة الانتكاسة . وأساليب المواجهة التى يتبعها ، والتاريخ السابق للانتكاس .

وتشمل التدخلات المهنية فى تلك الحالات الحديث إلى النفس أو إتباع إجراءات سلوكية معينة كالمشى أو الألعاب أو القراءة أو سماع القرآن لوقت الانتكاس .. اللجوء إلى الأسرة أو AA أو الأصدقاء أو سؤال المهندين من المستشفى المساعدة . ويجب أن يحمل المريض فى جعبته قائمة بأسماء وتليفونات ، من يجب اللجوء إليهم عند الشعور بالانتكاس ، وكذلك يوجد على هذا الكارت ، الذى يجب أن يحمله المريض فى (بطاقته) تعليمات محددة فيما يجب عمله إذا حدثت الانتكاسة . ويقترح البعض أن يوقع المريض عقداً مع الرعاية اللاحقة يحدد اتخاذ خطوات معينة فى حالة حدوث انتكاسة فى المستقبل ، وهدف هذا التعاقد هو تدعيم أو تعزيز التزام المريض بالتغيير .

### كيف يتعامل المدمن مع الرفض

هل يمكنك تصور حياة دون وجود آخرين من البشر ؟ وهل يمكنك تصور نفسك وأنت وحيد تماماً فى هذا العالم ، دون أن تدخل فى علاقات - أيا كانت - مع الآخرين ؟

الإجابة بالطبع لا.. لأن هناك تعريفات متعددة للإنسان منها أنه حيوان اجتماعي؛ لأن البشر مخلوقات اجتماعية تتجمع معاً، ويعتمد كل منها على وجود الآخر جسدياً ونفسياً عبر مراحل حياته المتعددة .

فالطفل منذ بدايته ما هو إلا مشروع إنساني، لن يأخذ شكله النهائي دون مساعدة جادة ومخلصة من قبل الآخرين؛ إذ إن الآخر يشبع له كافة مطالبه ، ويزوده بالمثير الاجتماعي للحس، الذي من شأنه تحويل الرضيع الصغير إلى شخص يدرك ويفكر ويتصل بالآخرين، ودون هذه المساعدة للطفل من قبل الآخرين فلن يكتب له الحياة ، حتى وإن كتبت له الحياة.. فسوف يفقد إلى أهم شروط الإنسان (مثل الطفل الذئب : هو حالة معروفة في علم النفس ، إذ في النصف الثاني من القرن التاسع عشر، وتحديدًا في غابة أفيريون (بضواحي باريس) عثر على طفل في حالة بدائية للغاية من حيث المظهر والسلوك، يوجد في حالة عري كامل ، طويل الأظافر ، يميل في كافة سلوكياته إلى سلوك الحيوانات ، وتم تسليم هذا الطفل إلى عالم النفس (إيتارد)؛ حتى يستخدم معجزات علم النفس في تحويل هذا لكان المتوحش إلى كائن إنساني ، وظلت جهود (إيتارد) لمدة ثلاث سنوات كاملة دون أن تثمر عن أي نجاح اللهم إلا القليل جداً ، وقد وثقت هذه الحالة في تراث علم النفس ببيان أثر البيئة في اكتساب الفرد عديد من السمات والخصائص والصفات ، خاصة المرتبطة بالجانب الاجتماعي،) ألا وهي : الالتزام بالمعايير الاجتماعية .

والمعيار الاجتماعي هو مجموعة من العادات والتقاليد ، التي اتفق أفراد المجتمع على الالتزام بها ، وهذه المعايير تؤثر في سلوكيات الأفراد وتحدد لكل فرد الحقوق والواجبات . وهذه المعايير يكون لها من القوة والتأثير الكبير في نفسية كل الأفراد، وإذا خالف الفرد هذه المعايير.. فإنه يتعرض للنقد أو الإهمال أو الرفض أو القتل أحياناً .

تعريف بالمصطلحات المستخدمة في هذا الجانب :

#### ١- الإدمان :

هناك تعريفات متعددة للإدمان وللمدمن ، وخلاصة هذه التعريفات أن الإدمان هو حالة تعلق (تعود / اعتماد) شديد من جانب الشخص على تناول مادة بغرض إحداث تغييرات نفسية من خلال للتأثير الكيميائي على الجهاز العصبي . وقد تكون لهذه المادة خاصية للتدخل في التركيب الكيميائي للجسم؛ بحيث لا يستطيع الجسم أن يستغنى عنها دون تعرف الأضرار التي - قد تصل أحياناً إلى حد الموت - وهنا يطلق اسم الإدمان Addiction على الحالة (أي التعلق الفسيولوجي للعقار) .. أما في



الحالات الأولى (التعلق) فقد يتميز بعضها بالذوافع والديناميات نفسها التى تؤدى إلى الإدمان ؛ ولذلك نستطيع أن نصف الظاهرة ككل تحت عنوان الإدمان بالمعنى العضوى والنفسى للعقار، علماً بأن اللفظ المفضل حديثاً هو الاعتماد على العقار . . Drug dependence .

وعموماً (دون الدخول فى التفاصيل) ، فإن كثيرين يتبنون وجهة النظر التى ترى أن الإدمان لكى يحدث فى أى مجتمع ، لابد من توافر ثلاث حلقات (أو عوامل أو أسباب) متداخلة فى آنٍ واحدة وهى :

أ - العقاقير .

ب- الشخص المدمن .

ج- الظروف الاجتماعية أو طبيعة البيئة التى يتواجد بها الشخص .

٢ - الحاجة Need :

هناك تعريفات متعددة لمصطلح الحاجة ، وخلاصة هذه التعريفات أن الحاجة: مفهوم افتراضى يفترض خلف بعض المطالب (ولذا فإن كثيراً من العلماء يربط بين الحاجة Need والدافعية Motivation) التى تدفع الفرد إلى ضرورة إشباعها، سواء أكانت هذه الحاجات مرتبطة بالفرد ، أم مرتبطة بالمجتمع من خلال علاقاته بالآخرين .. ولا بد من إشباع هذه الحاجات وإلا شعر الفرد بالتوتر.

ولخلاصة أن هذه الحاجات قد تكون :

أ - فسيولوجية : أى مرتبطة بالجسم وبقاء الفرد .

ب- اجتماعية : أى مرتبطة بطبيعة علاقة الفرد بالمجتمع الذى يعيش فيه .

٣- الرفض :

وهو عادة ما يكون رفض الشخص وعدم تقبله لا سيما من قبل الوالدين؛ لمخالفة الفرد لمعايير الأسرة (التي ينتمى إليها) ، علماً بأن الوالدين لا يلجئان إلى الرفض إلا بعد استنفاد كافة الحيل والطرق ، والتى تهدف إلى إصلاح الفرد .

٤- النبذ :

وهو عبارة عن نبذ الفرد وعدم تقبله أو الدخول معه فى حوار دياكتيكي إنسانى متكامل ، ووضع كافة العقوبات فى طريق الفرد، ومحاولة عزله وإخراجه من دائرة (اللحن) .

ولمنا فى حاجة إلى التأكيد بأن عقبتى (الرفض / التنبذ) من أكبر العقبات التى تواجه المعلم، وتكونان من أكبر الأسباب التى تدفعه إلى الانتكاس ؛ فما دام الآخرون يرفضوننى ويبتذنوننى.. فلا بد أن أبادلهم للمشاعر نفسها بل قد يصل الأمر إلى تدمير الفرد لذاته من جراء ذلك .

### حاجات الإنسان :

يقضى الإنسان ، طفلاً وراشداً ، أربعاً وعشرون ساعة كل يوم فى إرضاء حاجاته أو محاولة إرضاء هذه الحاجات.. وحاجات الإنسان قد تكون : جسدية - اجتماعية - نفسية - شخصية .. وأن هذه الحاجات تدفع الفرد دفعاً إلى ضرورة إشباعها، وإلا كابد من مشاعر جد مؤلمة (قد تؤدى إلى هلاكه) .

وينفق معظم علماء النفس على أن البشر يسعون باستمرار لتحقيق حالات من الاتزان والثبات النسبى للمحافظة على بقائهم البيولوجى السيكلوجى ، وللقيام بهذه المهمة لابد من العمل على إشباع هذه الحاجات .

وهذه الحاجات قد تكون :

- أ - أولية : مثل الحاجة إلى الطعام - الماء - للهواء - الإخراج - الجلوس .
- ب- ثانوية : مثل الحصول على المعرفة والسعى وراء الجمال والقيم المطلقة (الخير / العدل / الحق) .



(شكل هرمى يوضح تصنيف الحاجات وفقاً لنظرية ماسلو) .

وهناك تصنيف آخر للحاجات، قدمه عالم النفس إبراهيم ماسلو للدوافع والحاجات، جعله على شكل هرم؛ إذ توجد أهم الحاجات عند القاعدة، وكلما أشبع الإنسان مستوى معيناً من الحاجات يختفى هذا المستوى، ويرتقى إلى إشباع جانب أو مستوى آخر من الحاجات أو الدوافع (من وجهة نظر إبراهيم ماسلو أن لا فرق بين الحاجات والدوافع!)؛ فالحاجات التى يريد الفرد إشباعها تأخذ لدى ماسلو الأشكال (أو المستويات) الآتية :

#### ١- الحاجات الفسيولوجية :

هذه الحاجات لا بد للفرد من إشباعها حتى يستطيع أن يستمر فى الحياة . وهذه الحاجات الفسيولوجية : للجوع / العطش / الإخراج / التنفس / الجنس، علماً بأن هذه الحاجات مشتركة بين الإنسان والحيوان .

#### ٢- الحاجة إلى الشعور بالأمن :

وهى التى تتضح فى سعى الفرد المستمر أن يقيم علاقات آمنة مع الأشخاص الآخرين، ومحاولة تجنب الأفراد الذين يثيرون الفرع والرعب أو اللبذ الاجتماعى .

كما أن الحاجات الأولية لا بد من إشباعها فى جو من الأمن (كما أن الله سبحانه وتعالى قد أمرنا أن نعبده، بعد أن تكفل للإنسان بتوفير مطالبه الفسيولوجية فليعبدوا رب هذا البيت الذى أطمعهم من جوع وأمنهم فى خوف، (سورة قريش) .

#### ٣- الحاجة إلى الانتماء والحب :

بعد أن يشبع الإنسان مطالبه الفسيولوجية المتعددة فى جو من الأمن والطمأنينة، يسعى إلى إقامة علاقات حب مع الآخرين (والحب هنا بالمعنى الشامل وليس مقصوراً على المعنى الشهوى أو الشعبى فقط)، وإنما الحب بأوسع معانيه .

#### ٤- الحاجة إلى التقدير :

ونعنى بهذه الحاجة سعى الفرد المستمر إلى أن يكون موضع رعاية وتقدير عند الآخرين . ولن يتأتى ذلك إلا بأن يلتزم الفرد بما يلتزم به الآخر .

#### ٥- الحاجة إلى تحقيق الذات :

ونعنى بها أن يتعرف الفرد ميوله وإمكاناته المختلفة، وأن يفتح الطريق أمام هذه الإمكانيات لكي تتطلق، وأن يصل الفرد إلى درجة الخلق والابتكار أو بالمعنى اللغوى، يترك الحياة أفضل ممن عاشها .

(علماً بأن الشكل الهرمى السابق ينطبق على الأفراد، كما ينطبق على الدول والمجتمعات فالدول الفقيرة مشغولة بإشباع الجانب الفسيولوجى والأمنى على عكس الدول الكبرى والغنية والمشغولة بمدى تقديرها عند الآخرين، وإشباع الحاجة إلى تحقيق الذات من خلال اختراق عوالم جديدة والقضاء وكافة الاختراعات!).

وسوف نقصر حديثنا على الرغبة الأصلية لدى الفرد فى أن يكون محبوباً وحاصلاً على التقدير والاعتراف من قبل الآخرين (خاصة عن المدمن).

**ولكن : ما الذى يجعل الآخرين يرفضوننا (الرفض الوالدى خاصة) :**

الأسرة هى الأساس فى اكتساب الفرد عادات وتقاليد المجتمع .. ورغم تقلص دور الأسرة فى المجتمعات الحديثة نظراً لوجود عدد من المؤسسات التى أصبحت تقوم بأدوار الأسرة من قبيل دور الحضانة والمدارس ووسائل الإعلام وغيرها .. إلا أن كل هذه المؤسسات لا يصل وجودها إلى درجة إلغاء دور الأسرة .

ويعد الأب النموذج أو المثل الأعلى الذى يحتذى به الولد ، وكذا الأم بالنسبة للבת (بغض النظر عن عقدة أوديب وإليكترا ومشكلة التوحد Identification مع النموذج الوالدى -- كما قال بها فرويد وأنصاره) .

ووجود فرد مدمن فى أسرة ما هو إلا ترمومتر أو مؤشر صادق لوجود خلل - أو عدم وجود خلل بصورة حادة - فى هذه الأسرة .. ولذا فإن (بعض) الأسر تسارع إلى رفض ابنها (المدمن) ، وإلقائه فى مصحة أو سجن وعدم الاهتمام به لدرجة تصل إلى تجاهله تماماً أو التبرؤ منه .

صحيح أن أسرة المدمن حين يلقاها أى عضو من أعضاء الفريق العلاجى للإدمان (الطبيب النفسى / الاختصاصى النفسى / الاجتماعى / المرشد الدينى / التأهيلي) ، تأخذ فى إيراد عديد من المبررات، محاولة نفى (التهمة) عنها إلا أننا حين نضع يدينا على موطن الداء، الذى قاد (الشخص، إلى هوة الإدمان نجد فى الغالبية أن الإهمال الأسرى أو للتدليل الزائد أو إشباع كافة مطالب الفرد (دون تمويده درجة من الإحباط!) أو عدم الرقابة أو التصارب فى التربية أو الطلاق الأسرى (البنى والنفسى - والمعنى واضح) ... كل هذه العوامل وغيرها تمهد للتربة الخصبة لنمو مرض الإدمان .

كما أن العلاج الحديث للإدمان يقتضى أن تعى الأسر طبيعة الإدمان، وأن هناك علاجاً نفسياً يسمى «العلاج الأسرى»، وأن على الأسرة أن تعلم كيف تتعامل

مع ابنها المدمن .. إلا أن عديد كمن الأسر يرفض (بطريقة شعورية وكثيرا بطريقة لا شعورية) فكرة المشاركة مع للفريق العلاجي (فالابن هو المدمن ولستأ نحن ! ) .

ومن هنا .. تلجأ عديد من الأسر إلى رفض ابنها المدمن (حلالا سيدخلها في مناهات مع الآخرين) ، ولا شك أن الرفض هذا من جانب الأسرة لعضوها المدمن يكون شعورا جد مؤلم بالنسبة للمدمن، وقد يدفعه إلى الانتكاس .

ما الذي يجعل الآخرين ينيذوننا ( لنبيذ العام المجتمع ) ؟

لعل العقبة الثانية التي يواجهها المدمن هو كيفية مواجهته لنبيذ المجتمع له (بعد أن أصيب في مقتل برفض الوالدين - خاصة - له) . ولعل سعى الفرد لأن يكون موضع حب وتقدير من قبل الآخرين (هذه حاجة لا خلاف عليها) .. إلا أن بعض الأفراد في كل للمجتمعات كانوا موضع استهجان من قبل الآخرين، وفقا لعدد من المعايير .. فالفرد الذي يسرق أو يزني أو يقتل أو ينصب، لا شك أنه يكون موضع استهجان وسخط من قبل للجمهرة والغالبية من أفراد المجتمع .

كما أن النظرة الاجتماعية والأخلاقية للإيمان والمدمن لم تتغير؛ فالمدمن وفقا للنظرة العامة ما هو إلا شخص مجرم، وليس مريضاً يستحق الرعاية والاهتمام . (ولعل القراءة المتأنية في التراث السيكولوجي لنظرة المجتمعات إلى المرضى العقليين (المرض النفسي والعقلي) ترينا كم احتياجات البشرية إلى كثير من العقود والخبرات المخلصة حتى نال أخيرا (وإن لم يكن بدرجة كافية المرضى النفسيين والعقليين التقدير اللازم) .

ومن هنا .. فإن نبيذ الآخرين للمدمن ينبع من :

- ١- إن المدمن غير ملتزم بالمعايير Norms .
- ٢- غير ملتزم بمبادئ الدين التقييم .
- ٣- أن الإيمان دمار للنفس والجسم (بالنسبة للمدمن) .
- ٤- إن الإيمان دمار للآخرين (خاصة الأسرة) .
- ٥- أن المدمن لا يثق فيه الآخرون؛ ولذا فإنه لا يشارك في برامج التنقية، ويحور من طاقة مبدعة خلاقة (قبل أن يدمن) إلى شخص أقرب إلى الحطام، يثير الأسى والفرع لكل الآخرين .

(ولذا فإن الدول التى تقدر قيمة الفرد ترصد العقول والأموال لدراسة ظاهرة الإدمان والحفاظ على أعلى ما يمتلكه أى مجتمع، ألا وهم : الشباب ، نصف الحاضر وكل المستقبل) .

ومن خلال تعاملى مع المدمنين، وجدت أن أكبر مشكلة تواجه المدمن فعلاً عقب خروجه من المستشفى، هو كيفية التعامل مع (رفض الأسرة ونبذ المجتمع الكبير له) .

ولا شك أن شعور الرفض / النبذ شعوراً مؤلماً، ولا خلاف على ذلك .

### كيف يواجه المدمن مشاعر الرفض والنبذ ؟

من أهم مشاكل المدمن استخدامه عديد من الميكانيزمات الدفاعية والتى تعوق استبصار المريض بمأساته، وعلى المدمن لكى يواجه هذه المشكلة «الرفض / النبذ، أن يعى الحقائق الآتية :

- ١- أنه هو السبب فى الإدمان وليس الآخريين .
- ٢- أنه هو الذى تغير ودمر نفسه، بل ودمر معه الآخريين .
- ٣- أنه قد خان الثقة التى منحها له الآخرون (خاصة الأسرة / العمل) .
- ٤- أنه سبب آلاماً نفسية واجتماعية - وقد تكون جسدية - للآخريين خاصة أفراد أسرته .

٥- وليعلم المدمن - أخيراً - أن الآخريين إذا كانوا قد منحوه الثقة لفترة طويلة من الوقت.. فإنهم أيضاً لم يكتشفوا إيمانه إلا بعد فترة طويلة ( قد تصل إلى سنوات)، وفى هذه الفترة كم كذب وكم سرق وكم برر عديداً من الأخطاء ، وكم استغل جهل أسرته بعلامات الإدمان .. لذا فإن استعادة القبول من قبل الآخريين لا شك أنه يحتاج إلى مزيد من الوقت .

والأهم أن يفق المريض فى نفسه أولاً وأن يعلم أن مرحلة الشعارات (من قبيل القسم بأنه قد ألتع ... إلخ) قد انتهت، وأن عليه أن يحول هذه الشعارات إلى واقع تطبيقي فعلى .

وأخيراً .. فإن العلاج الحقيقى للإدمان - ومشاكله - لايد أن ينبع من رغبة الفرد الصادقة، وأن ينظر إلى داخله وسوف يجد الأمل والإرادة ما زالتا فى داخله، وليتوكل على الله - قبل كل شىء - وليستفز كل قدراته الكامنة .

## الوصايا العنشر التي علي المدمن اتباعها. عند تعرضه لاحتمال الانتكاس

### ١- الإيمان والصلاة :

إن الإيمان واتباع شعائر الدين وصلاة الجماعة وحضور الندوات الدينية من وسائل الدعم الأساسية، التي تساعد المدمن على مواجهة الانتكاس، وإبعاد شبحه المخرب عن نفسه .

### ٢- مقاومة الوحدة بنشاط :

إن الوحدة سم زعاف يقتل التعافى ، والإنضمام إلى جماعة المدمنين المجهولين والأصدقاء الأصحاء والصلاة في المسجد يساعد في تجنب المدمن هذا الخطر . وعلى المدمن أن يفرق بين الخلوة والوحدة - فالخلوة اختيار إيجابى يلبي حاجة كل إنسان إلى الخصوصية .. أما الوحدة فهي حالة سلبية، تمزق وشائج الصلة بين الفرد ومجتمعه . فالتعافى يعتمد فى المقام الأول والأخير على الشخص نفسه؛ إذ عليه أن يتحمل مسئولية تكوين علاقات اجتماعية لها وزنها ومثيرة لاهتمامه .

### ٣- الحذر من أقنعة الإنكار :

إن من الحيل التي يظهر بها الإنكار أن يخص المدمن مادة واحدة بأنها تسبب الإدمان ، ويجيز لنفسه استخدام مادة أخرى لا يقل ضررها عن الأولى، قائلا بأنها أقل خطورة ، فيترك الغمر ليتعاطى المنومات وهكذا .

### ٤- استغلال الإرشاد الأسرى :

لقد صدق من قال إن إدمان الخمر والمخدرات هو إدمان الأسرة ، لأن الإدمان يهز كيان الحياة الأسرية ويترك فيها جراحاً غائرة لا تلتئم إلا بصعوبة وبعد وقت طويل . فكل فرد من أفراد الأسرة يعاني من خبرة المدمن حتى لو لم يكن مدمناً ويحتاج إلى مساعدة خلال عودة المدمن إلى التعافى ، كما يحتاج أفراد الأسرة إلى بذل جهد لا يقل عن الجهد الذى يبذله المدمن .

إن مواجهة المشاكل الأسرية وحلها من الأمور الجوهرية فى علاج المدمنين .. وعلى المعالجين بتبصير الأسرة بأن للمدمن ليس للوحيد المحتاج إلى علاج .

### ٥- اكتشاف أهداف فى الحياة ، فى العمل أو غيره والسعى لتحقيقها :

إن التوقعات الخاصة بالعمل كثيراً ما تسبب للخط والتشويش؛ لأنها تشمل كمًا كبيراً من الحاجات بدءاً بإدراك الهوية الذاتية وانتهاء بضرورة كسب المال ، وهذه كلها توقعات شخصية .. لذلك على المدمن التأنيب أن يدرك بوضوح الهدف من قيامه بالعمل أو بالوظيفة، وأن يدرك كل ذلك بصورة واقعية ، لأن عدم الوضوح يولد السخط، ويولد الانتكاس .

### ٦- تعلم الوسائل التى تساعد على تخفيف الضغوط النفسية :

على المدمن المتعافى أن يتعلم الوسائل الخلاقة للتعامل مع الضغوط النفسية، التى لم وإن تخلو منها الحياة بدلاً من محاولة التخلص منها؛ لأن تراكم الضغوط يفجر الانتكاس . ومن أفضل وسائل تخفيف الضغوط التحدث عنها للشخص المناسب، وفى المكان المناسب .. كما أن تعلم وسائل الاتصال بالآخرين بصورة أفضل فكرة طيبة للعمل فى هذا الاتجاه ، ويخطئ كثيرون؛ إذ يعتقدون أن على أسدقائهم وأسرتهم الإحساس بحاجاتهم دون أن يفصموا عنها بشكل واضح ؛ فالأسرة والأصدقاء لا يقرأون الأفكار، وإذا لم يعبر الفرد عن حاجته فليس ثمة وسيلة يدركونها بها .

إن النشاط البدنى من وسائل تخفيف الضغوط ، وكذلك الألعاب البناءة والهوايات المختلفة وفنيات التنفس والاسترخاء .. وكل هذه الوسائل تحتاج إلى الانضباط وتوقير الوقت علماً بأن الجهد المبذول لتحقيقها ليس ضائعاً . وعلى كل مدمن تأنيب أن يكتشف الوسيلة التى تناسبه، ويتطلب البحث عن الوسيلة الجسدية فى السعى .

### ٧- عند الخوف من الإنتكاس ليتحدث الشخص مع صديق أمين :

إن الإفصاح عن هذه المخاوف خير دواء لها، وإخفاؤها يمرع بالانتكاس .

### ٨- إذا كان المدمن المتعافى الآن عضواً فى جماعة «المدمنين المجهولين» :

فليستعن بالمرشد فى العدة إلى الخطوات ٤ ، ٥ ، ١٠ .

### ٩- ليتعلم المدمن المتعافى الآن كيفية التعامل مع الغضب :

الغضب والاكنتاب جزءان من حياتنا اليومية ومواجهتهما تتم بطريقتين :

أولاً : تعرف أسباب الغضب والاكنتاب .



ثانياً: التعامل مع هذه الأسباب ، إن معظم وسائل تخفيض التوتر التى سبق ذكرها تخفف الغضب والاكتئاب ، ولا ينتظر الفرد أن يسعى للناس إليه ، وإذا أراد تعلم هذه الوسائل فليطلب ذلك من المعالجين .

#### ١٠- الحرص على عدم الإفراط فى الطعام أو استعمال المنبهات .

إن الإفراط فى استخدام الحلويات والقهوة والشاى والسجائر يساعد على الانكسار لما يسببه من قلق وتوتر .

#### ماذا نفعل لكى نتغلب على مرضنا :

لكى نستطيع أن نقف أمام مرضنا بكل ثقة واقتدار، علينا أن نأخذ فى اعتبارنا هذه الجوانب :

#### ( أ ) الجانب الدينى :

- ١- الاعتماد على الله سبحانه وتعالى وتسليم الأمر إليه وطلب المساعدة منه .
- ٢- زيادة الاتصال بالله سبحانه وتعالى، عن طريق وضع برنامج أو خطة دينية، يجب التقيد بها بقدر المستطاع (كالصلاة ، قراءة للقرآن ، الدعاء ... إلخ) .

#### (ب) الجانب النفسى :

- ١- علينا أن نتعرف أنفسنا أكثر .
- ٢- علينا أن نتعرف كل الأسباب التى أوصلتنا لما نحن فيه .
- ٣- علينا أن نواجه أنفسنا بكل صراحة وصدق وموضوعية .
- ٤- علينا أن نجد من نثق به ليتحدث عن مشاعرنا ومشاكلنا بكل حرية .
- ٥- علينا أن نثق فى أنفسنا وقدراتنا .
- ٦- علينا أن نضع لنا أهدافا فى الحياة نسعى لتحقيقها .
- ٧- علينا ألا نجعل اليأس يسيطر على مجريات حياتنا .

#### (ج) الجانب الأسرى :

- ١- حاول أن تشعر أسرتك أنك إنسان جديد، ولا تتوقع منهم أن يصدقوك من المرة الأولى أو حتى الرابعة .
- ٢- اهتم بقدر المستطاع عن جميع الأشياء التى قد تؤدى إلى التصادم مع الأسرة .

- ٣- اعمل كل ما تستطيع لترضى عنك أسرتك مثل تلبية احتياجات الأسرة .
- ٤- شارك أفراد الأسرة وفعالية فى جميع المناسبات .
- ٥- تحدث وناقش مشاكلك مع أسرتك بكل هدوء وثقة ، وحاول أن تفهم أسرتك حقيقة مرضك .

#### ( د ) الجانب الاجتماعى :

- ١- شارك المجتمع أفراده وأحزانه .
- ٢- حاول وضع نفسك متبهاً ومستعداً لأمر احتمال ، يمكن أن تتعرض له فى حياتك اليومية أو فى المستقبل .
- ٣- لا تضخم الأمور أكثر من حجمها، بل كن واقعياً ومفتافلاً .
- ٣- عند إقدامك على عمل ما أو إصدار قرار ما استشر من تثق فيه .
- ٥- لا تجعل للفراغ أى مكان فى حياتك .

#### كيف تتعامل مع الهاجس (الشوق)

- ١- عند ورود الهاجس (الشوق) ، علينا أولاً أن نشغل أنفسنا بأى فكرة أخرى أو عمل آخر، وإذا لم تستطع أن تتغلب على هذا الهاجس .. علينا أن نتذكر أن المخدر لن يحل مشاكلنا بل سيعقدها، وأنه سبب جميع المشاكل التى نعانى منها .
- وإذا انتابنا الخوف والقلق من الرجوع إلى المخدر.. بادر بالاتصال فوراً بأحد الأصدقاء المتعافين، ولطلب المساعدة، وإذا لم تتمكن فلا تتردد فى مراجعة الرعاية اللاحقة .

- ٢- علينا أن نبعد عن كل ما له صلة بالمخدر .
- ٣- علينا أن نكرر دائماً رغبتنا وعزمنا فى ترك المخدر بشكل يومي .
- ٤- علينا أن نعيش يومنا وكأنه اليوم الأخير فى حياتنا .

#### الجانب الطبى :

- ١- علينا ألا نستعمل أى عقار ما دون استشارة الطبيب .
- ٢- علينا ألا نفرط فى استعمال الأدوية .

## اعتراف مدمن

## المدمن الأول (بألفاظ وتعبيرات أحد المدمنين نفسها) .

«... نعم هأنذا أعترف بأننى قد نعتت من دنيا الأحلام والتمرد على الواقع لقد إنتهارت كل قوتى وأصبحت وحيداً كقطعة خشب فى بحر تتقاذفه الأمواج فى كل ناحية والعاصفة تهدم بيتى دون أن أقدر أن أفعل أى شىء . نعم لقد تحطمت حياتى ووقعت فى بحر أسود لا أستطيع الخروج منه وكل يوم يمر على يموت شىء فى وأنا صابر على شىء من الأمل . بينما السوس يتخر فى نفسى وأحاسيسى ليجعلنى إنسان بلا أمل فى الحياة يهدد كل شىء أحببته ويسلبنى حريتى ليجعلنى أسير إليه ولا أستطيع أن أفعل أى شىء لأنه يكبلنى بأغلالاً من حديد كم هى ثقيلة هذه الأغلال التى دمرت حياتى وزلزلت كيانى وجعلتنى سجين نفسى وحبيس أفكارى التى يملها على دون أن أتخذ فيها قرار . أنا أسف على نفسى وأنا أطيع هذا المخدر لأنه السيد وأنا العبد المنفذ لأوامره ورغم أن الوهم الكبير الذى عشت فيه وحين أفقت منه رأيت الحقيقة المرة التى حطمت حياتى وقد ضاع عمرى فى وهم وسراب فصحت بأعلى صوتى : أدركوا ما تبقى من حياتى لأعيش حراً دون قيود وأغلال تجرنى إلى أسفل البئر الأسود .

## المدمن الثانى : (اعترافات مدمن بألفاظه نفسها ودون تدخل من الباحث) .

«... كلنا نوجه اللوم إلى المدمن ونسأله لماذا أدمنت ؟ لماذا دمرت نفسك ؟ ما الذى دفعك للقتل على أمرك ؟ بيدك هدمت مستقبلك وقضيت على أحلامك كل هذا لماذا ؟ دون أن تكلف أنفسنا ولو مرة واحدة بمعاينة الأشخاص الذين هم السبب الرئيسى فى إدمان هذا المسكين وانحرافه فى دولمة هذا التيار للمدمن . كثير من الناس يرجع سبب إدمان أغلبية الأشخاص إلى أصدقاء السوء . نحن نعرف بصحة هذا الكلام ولكن من الذى وضع هذا المدمن فى قبضة أصدقاء السوء ، أليس هو الأب فبسبب إهماله لابنه وعدم مراقبته له والتعرف على أصدقائه جعل قلدة كبده فريسة سهلة فى شباك أصدقاء السوء .

والبعض يرجع سبب الإدمان إلى المشكلات النفسية التى يعانى منها المدمن بسبب الخلافات المستمرة بين الوالدين مما يدفع الابن إلى الخروج المتكرر للتنس عن متاعبه .. لكنه يجد بأن الخروج لا يفيد فى شىء فيقرر الانتحار.. ولكن بأسلوب خاص وهو الإدمان على المخدرات، اعتقاداً منه بأنه بهذا الشكل سوف ينتقم من

أسرته ويستريح من مشكلاته لأنه عاش فى جو ملئ بالمشاكل وخالى تماماً من الحنان والرعاية التى يحتاجها كل ابن .

وهناك آخرون يرجعون سبب إدمان كثير من الأبناء إلى كثرة وقت الفراغ لديهم وتوفر المال للزائد مما سمح لهم السفر إلى الخارج فى سن مبكرة ومن دون رقيب حيث أنهم يسافرون من غير علم الأب الذى لم يحاول أن يشغل نفسه بعناية أبنائه ومراقبتهم والكشف عن مواهبهم وتنميتها عندهم وإشغال الفراغ بأشياء تعود عليهم بالنفع وإنما اكتفى بإعطائهم المال الذى يمكنهم من السفر للخارج وتعاطى المخدرات هناك اعتقاد منه بأن هذا المال هو الذى سوف يصلح منهم رجالاً ويسعدهم وليس مراقبته وعنايته لهم . ولهذا فإنه قبل أن نقوم بلوم هذا المدمن المسكين ونوجه الأسئلة الكثيرة له يجب أن نعاقب هذا الأب الذى هو فى كل الأحوال السبب الرئيسى فى إدمان ابنه بل يفترض أن يسجن هو بذل من ابنه لأننا فى هذه الحالة سوف نوضح له خطئه حتى يتفاداه فى المستقبل ويستفيد منه غيره من الآباء المهملين ويكون ردياً لهم .. ،

الفصل السادس

تجارب

للموافقة من الانتكاس



- التمرين الأول : كيف تعرف العلامات المندرة بالانتكاسة .
- التمرين الثاني : بيان يومي مفصل بالصفات والخصائص للشخصية .
- التمرين الثالث : فحص ذاتي .
- التمرين الرابع : متى تعرف أنك تجابه شدة ؟
- التمرين الخامس : هل تواجه ضغوطاً في عملك .
- التمرين السادس : أسئلة وأجوبة لمريض انتكس، وكان في فترة التأهيل .
- التمرين السابع : للتوتر : قائمة بالعلامات والأعراض .
- التمرين الثامن : ماذا تفعل إذا شعرت بالقلق الشديد .
- التمرين التاسع : الوصايا العشر للتغلب على مصادر القلق .
- التمرين العاشر : للتدريب على فهم الذات .
- التمرين الحادي عشر : لفقد المصاعب جداً في حياة الإنسان .
- التمرين الثاني عشر : ثلاثية الهاجس الفكري .
- التمرين الثالث عشر : الانتكاس : التعريف ، العلامات ، المواجهة .
- التمرين الرابع عشر : للتخطيط للوقاية من الانتكاسة
- التمرين الخامس عشر : إيمان الكحول والمخدرات : إبقاء اللقم في حالة تجمد .
- التمرين السادس عشر : معاونة المرضى لفهم أن الانتكاسة عملية إجرائية وليست حادثة .
- التمرين السابع عشر : موضوعات محددة للمناقشة في جلسات العلاج النفسي الجماعي .
- التمرين الثامن عشر : نحو فهم أفضل للتعافي من مرض الإدمان .
- التمرين التاسع عشر : استمارة استطلاع رأي المرضى حول المحاضرات التعليمية ضمن البرنامج اليومي .





## الفصل السادس

### تمارين للموقاية من الانتكاس

---

سوف نقدم فى هذه الصفحات نماذج من (التمارين) والتدريبات، التى يجب أن يقوم بها المدمن؛ حتى يعى جيدا كيف يتجاوز عن الاستمرار فى التعاطى، وبالتالي الانتكاس .

مع الأخذ فى الاعتبار أن هذه التمارين كان يقدمها كاتب هذه السطور للممنين إبان فترة العلاج والتأهيل .

#### التمرين الأول:

كيف تتعرف العلامات المنذرة للانتكاسة.

يجب أن تعى جيدا هذه العلامات :

١- الخوف المرتقب من السعادة والهناء .

٢- الانكسار .

٣- اللعناد وعدم الطاعة والامثال .

٤- المحاولة للحفظة فى فرض الطاعة والامثال على الآخرين .

٥- اللجوء إلى التبرير والدفاع عن سلوكياتك (حتى وإن كانت خاطئة) .

٦- للتفوق وضعف الهمة والكمال .

٧- عدم الاستمرار فى عادات معينة فى الأكل .

٨- الغضب بسهولة ولأنفه الأسباب .

٩- للقلق من الأصدقاء .

١٠- التناقض والرفض المتذبذب (أى عدم الاستقرار على رأى محدد) .

١١- أمنيات (خيالية) لتحقيق السعادة .

١٢- الشعور المستمر بالإحباط .

- ١٣- الإغراق فى أحلام اليقظة (أى كثرة المرحان) .
- ١٤- خطة فاشلة لتحقيق أى هدف ولقى .
- ١٥- فقدان القدرة على التفكير البناء .
- ١٦- حالات من الاكتئاب .
- ١٧- النظرة الضيقة للأمور .
- ١٨- الميل إلى الوحدة والعزلة والابتعاد عن الآخرين (دون سبب) .
- ١٩- الإغراق فى الرومانسية .
- ٢٠- السلوك القهرى على فعل شيء ما .
- ٢١- اضطراب فى النوم .
- ٢٢- تطور سلبي فى فقدان استمرار النشاط اليومي .
- ٢٣- حالات من الاكتئاب الشديد (تنتاب الشخص) .
- ٢٤- عدم الانظام فى حضور جلسات العلاج النفسى .
- ٢٥- السخط على كل شيء .
- ٢٦- رثاء النفس والشفقة عليها .
- ٢٧- الشعور بالضعف والاستسلام (للمخدر) داخلياً .
- ٢٨- رفض لتقبل أى مساعدة من الآخرين .
- ٢٩- الامتناع دون سبب واضح .
- ٣٠- عدم الرضا والقناعة عن أى شيء .
- ٣١- الكذب (المتعمد) على الآخر .
- ٣٢- فقدان الثقة بالنفس .
- ٣٣- البدء فى التعاطى (ولكن يقطع أو سيقنع للفرد نفسه بأن هذا التعاطى، الذى سيقدم عليه سوف يكون تحت السيطرة) .
- ٣٤- وقف جميع الإجراءات العلاجية .
- ٣٥- فقدان القدرة - تماماً - على التحكم فى النفس من الأشياء .

## التمرين الثاني:

## بيان يومي مفصل بالصفات والخصائص الشخصية

يقوم بهذا التمرين الفرد المدمن، وقبل أن يأوى إلى فراشه .. حيث يتم استعراض أحداث اليوم بطريقة بناءة ، وهذه العادة تكررت في الإسلام كمسكوك يجب أن يلهض به الفرد يومياً وهو في فراشه، وقيل أن يستسلم للنوم «حاسبوا أنفسكم قبل أن تحاسبوا وزنوا أعمالكم قبل أن توزن عليكم». ولعل هذا للتمرين - الذى يقوم به الفرد - يجعل حالة (التصالح) و(الالتحام الإيجابى) مع النفس ومع الآخر أكثر، كما أنه يجعل حاسة (الشعور والإحساس بالآخر أكبر، ولذلك تقول الأمثال : (الإحساس نعمة) .. ومن ثم فإن (التمجيد) بإصلاح للخطأ أولاً بأول يساعد على عدم (تراكم) (الحزازيات) مع الآخر .

وتقدم جماعة تدريب «المدمن المجهول» هذه القائمة من الصفات، التى من المفترض أن يراجعها المدمن، قبل أن يستسلم لسلطان النوم :

خصائص الشخصية السوية	خصائص الشخصية اللاسوية
- الاهتمام بالآخرين .	- الأنانية والاهتمام بالذات .
- الأمانة .	- المخادعة .
- الشجاعة .	- اللجبن .
- الحذر .	- التهور .
- اللواضع .	- للتكبر .
- ماذا يمكن أن نفعل للآخرين .	- للجشع .
- رباط الجاش .	- الرغبة الجنسية الفورية .
- العمل وبإتقان .	- الغضب ودون سبب أو لسبب تافه .
- الاعتدال .	- الحسد .
- الصبر .	- الكسل .
- التسامح .	- للنهم أو الشراهة .
- الصفتح والعفو .	- ضيق الصدر .
- التعبير عن الحب للآخرين .	- التعصب .
- البعد عن الأنانية .	- الاستياء من كل شيء .
- الأعمال الخيرة .	- الأعمال المضارة .
- البساطة فى السلوك .	- الانتفاق على الذات .
- تحرير الذات .	- التبرير لأخطاء الذات .
- الثقة .	- إدانة الذات .
	- الشك (دوماً فى الآخرين ودرن دليل) .

### التمرين الثالث :

#### فحص ذاتى

١- تواجه أمسية مملة أو نهاية أسبوع مملة، وتشعر بوحدة قاتلة ...

\* تقرأ كتاباً .

\* تتعاطى للماريجوانا .

\* تذهب للتسوق .

\* تتناول بعض الكحول .

\* تلجأ إلى ممارسة هواية أو مشروع .

\* تشاهد التلفزيون .

\* تقوم برحلة قصيرة .

\* تخرج لتناول الطعام .

\* تتصل بصديق .

\* أشياء أخرى (اذكرها) .

٢- أنت فى حفلة لا تعرف فيها إلا عدداً قليلاً من الناس، وتشعر بعدم الارتياح ...

\* تتناول عقاراً مثيراً .

\* تعرف نفسك إلى غريب .

\* تتحدث إلى شخص تعرفه .

\* تبحث عن شيء تقرأه .

\* تستمع إلى التسجيل .

\* تتناول بعض أقذاح الكحول .

\* تبدأ لعبة فى الحفلة .

\* تغادر الحفلة لبعض الوقت بقصد النزهة .

٣- تشعر بإحباط بسبب سلسلة من نكسات، مدبت بها أخيراً ...

\* تتخبط بأعمال الخير .

- \* تراجع طبيياً أو مستشاراً .
  - \* تتناول بعض الكحول وتسترخى .
  - \* تشاهد بعض برامج للتلفزيون الممتعة .
  - \* تذهب لمشاهدة حدث رياضى .
  - \* تتناول مخدراً حينما تشعر بأنك فى حال أفضل .
  - \* تنظيف بيتك تماماً .
  - \* تبدأ هواية جديدة .
  - \* تكتم إلى نادر أو منظمة .
  - \* أشياء أخرى (أنكرها)
- ٤- تشعر بأنك قلق بشأن حدث مرتقب يؤثر فى مستقبلك ...
- \* تستعمل عقاراً مهدئاً .
  - \* تبدأ باستخدام طريقة لاسترخاء عميق .
  - \* تخطط للخروج فى نزهة مع العائلة أو الأصدقاء .
  - \* تمضى بعض الوقت فى تمرينات .
  - \* تشغل نفسك فى تدبير المنزل أو إصلاح البيت .
  - \* تسترخى بتناول مشروبات روحية .
  - \* تحدث شخصاً ما عن مشاعرك .
  - \* تقرأ رواية أو كتاباً .
  - \* تمضى يوماً فى المتنزه .
  - \* أشياء أخرى (أنكرها) .
- ٤- تشعر بالفضب وبخيبة أمل نتيجة لجدل مع صديق حميم ...
- \* تطلق العنان لغضبك بطريقة شديدة .
  - \* تعد لنفسك مشروباً روحياً .
  - \* تتوجه وحيداً فى نزهة طويلة .

- \* تتعرف إلى ممارسة مهنة أو هواية .
- \* تزور عدداً قليلاً من الأصدقاء .
- \* تنصرف إلى التأمل .
- \* تجلس بهدوء وتفكر عبر مشاركتك .
- \* تتناول مخدراً مهدئاً .
- \* تعد وتطبخ وجبة طعام خاصة .
- \* أشياء أخرى (اكرها) .

#### التمرين الرابع:

متى تعرف أنك تواجه شدة؟

عندما يتعرض المرء لحالة من الشدة أو الضغط .. فإنه قد يواجهها بقوله «شدة وتزول» ، ولكنه لا يدرك مدى تأثيرها عليه ولا مدى استمرارها لديه .. فكيف نكتشف الأمر؟

فيما يلي المظاهر العقلية والجسمية والانفعالية والسلوكية التي تدلّ بحالة الشدة .  
 صنع علامة (x) أمام المظهر للمعين، إذا لاحظته في نفسك .  
 اجمع العلامات وضع لكل علامة درجة واحدة :

المظاهر الجسمية	المظاهر العقلية
- الشد العضلي .. أوجاع في الظهر والكتفين .	- عدم القدرة على التركيز .
- عرق باطن اليد .	- صعوبة اتخاذ القرار في المسائل البسيطة .
- برودة اليدين .	- فقدان الثقة في النفس .
- جفاف الفم والحلق .	- اللصيان
- اللوخة .	- صعوبة اتخاذ حكم منطقي .
- خفقان الصدر .	- الإحساس بأن الوقت يفلت منك .
- ارتفاع الصوت .	- التسرع في اتخاذ القرار .
- اللفتيان .. وجع في المعدة .	- التردد والتأجيل .
- ازدياد مرات للتبول .	- الاستعجال وعدم الاهتمام بالإتقان .
- الإسهال .	- التبرم من كثرة الأمثلة .
- كثرة للحركة .	- محاولة عمل عدة أشياء في وقت واحد .
- رعشة اليدين .	- فقر النصور والخيال .
- المجموع .	- المجموع .

المظاهر السلوكية	المظاهر الانفعالية
<ul style="list-style-type: none"> <li>- زيادة للتدخين .</li> <li>- زيادة كميات الطعام أو نقصها .</li> <li>- زيادة للدوم أو قننه .</li> <li>- قضم الأظافر .</li> <li>- شد الشعر .</li> <li>- الانسحاب من المجتمعات .</li> <li>- إهمال المنظر أو الصحة .</li> <li>- للقيادة برعونة .</li> <li>- للتجهم .. الدق باليد .. اهتزاز الركبتين .</li> <li>- الحديث بلا انقطاع .</li> <li>- السلوك القهري (كالسوق بلا هدف) .</li> <li>- التقياب عن العمل ، أو الانهماك فيه .</li> <li>- المجموع .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- سرعة التهيج والغضب .</li> <li>- القلق .</li> <li>- مخاوف لا أساس لها وقزع .</li> <li>- اليأس .</li> <li>- الإحساس بالعدو .</li> <li>- للشعور بالذنب والندم .</li> <li>- للتشاؤم .</li> <li>- العدوان بلا مبرر .</li> <li>- الاكتئاب .. البكاء .</li> <li>- الكوابيس .</li> <li>- تقلبات المزاج .</li> <li>- الخوف من الانتقاد .</li> <li>- المجموع .</li> </ul>

#### المجموع الكلي للدرجات =

\* المجموعة التي حصلت على أعلى درجة فيها بالمقارنة إلى بقية المجموعات هي نقطة الضعف، ويلزم للتدريب على مجاباتها .

\* إذا كان المجموع الكلي للدرجات = ١٥ فأقل، فأنت متكيف مع الشدائد التي تواجهها .

\* إذا كان المجموع الكلي للدرجات ١٦ - ٣٢، فأنت تبذل جهداً زائداً للتكيف

\* إذا كان المجموع الكلي للدرجات ٣٣ - ٤٠، فأنت متأزم وتواجه موقفاً عصيباً .

\* إذا كان المجموع الكلي للدرجات ٤١ - ٤٨، فأنت في حالة ضيق شديد وتواجه الانهيار .

#### التمرين الخامس:

##### هل تواجه ضغوطاً في عملك ؟

ضع علامة (x) أمام المواقف التي ترى أنك تواجهها في عملك :

- تغير في ممارسات العمل مما يستدعي اكتساب مهارات جديدة .

- تواجه في كل يوم أموراً يجب البت فيها فوراً .

- نقص الـفـيـديـبـاك من القيادة حول الأناه .
- أديك مسؤوليات كبيرة ولكن لا سلطة لك .
- عدم وضوح من هو المسئول عنك .
- طريقة الرئيس فى التواصل خشنة .
- نقص التواصل بشأن مشكلات العمل الرئيسية .
- غياب القيادة عند مواجهتك لأزمة .
- تصميم ونظام العمل غير ملائم .
- المكافآت التى تنالها عن عملك غير ملائمة .
- وضعك الوظيفى مهدد ، يمكن إنهاء عقدك فى أى وقت .
- عدم وضوح مجال العمل ومسؤولياته أو أهدافه .
- توجد رغم أنك فى عمل لا ترضى عنه .
- زملائك ليسوا على مستوى الكفاءة المطلوبة .
- تُغير الإدارة أسلوبها كل حين وآخر .
- دخول تغيرات تكنولوجية جديدة .
- عدد الاجتماعات التى تحضرها أكثر من اللازم .
- تتعدد الجهات التى تحس بالولاء لها .
- عمل غير ممتع لنقص الدافعية والحماس .
- عمل روتينى ممل متكرر أو لا معنى له .
- تفرض القيادة رأيها دون استشارة .
- لا تتناسب كمية العمل مع الوقت المتاح .
- الأدوات التى تستخدمها فى عملك رديئة .
- تنعدم الفرصة لتعلم أشياء جديدة .
- تضارب الأوامر والتعليمات .
- الرؤوسون لا ينفذون تعليماتك .
- الدرجات = ١٣ فأقل ..... مضغوط العمل مناسبة .



الدرجات = ١٤ - ٢٠ ..... ضغوط للعمل زائدة .

الدرجات = ٢١ - ٢٦ ..... ضغوط للعمل مجهدة .

التمرين السادس :

(عبارة عن أسئلة وأجوبة لمرضى انتكاس)

وكان فى فترة (التأهيل)

١- ما أهم الأشياء التى تسبب لك التوتر ؟

هناك بعض المنغصات التى قد تعترض الإنسان، وهى ضرورة حتمية واجتماعية كالخلاف الأسرى أو سوء تفاهم مع صديق أو زميل أو إشكال عارض مع جار عزيز أو خطأ فى المجال للوظيفى غير مقصود أو التزام مالى، لم تستطع الوفاء به أو طلب عائلى للقيام برحلة استجمام لا تملك تكاليفها وسبق أن التزمت لهم بذلك .

٢- كيف تعرف بداية حدوث الشعور بالتوتر (أو ما الأحاسيس أو الصغيرات الجسمية التى تحدث لك) ؟

الشعور بالخرج إن كنت المتسبب بما ألقى إلى التوتر، يبدأ بمدى إفراز عرقى ناتجاً عن اللدّم .. إنشغال ذهنى يجعلك تفقد الاستقرار بمكان واحد مصحوب بفقدان للشهية والإكثار من التدخين وعصبية، مع الامتناع عن ممارسة بعض الأعمال التى كنت تؤديها ولو كانت ضرورية .

٣- ما الطرق التى وجدها مفيدة فى التعامل مع التوتر ؟

أداء الصلاة وتلاوة القرآن والابتهاال إلى الله .

بالضغط على النفس تحاول إشغال نفسك ببعض الهوايات كالصيد على الشاطئ أو تنسيق حديقة المنزل أو تغيير المكان، إن تيسر ذلك، ولو لفترة وجيزة مع محاولة إيجاد حل جذرى لأسباب هذا التوتر .

٤- هل فى اعتقادك أن استعمالك الكحول أو المخدرات مرتبط بالتوتر ؟

للجوء إلى المخدرات أو الكحول سبب رئيسى فى كل ما يعترض الإنسان من قلق وعصبية واضطراب فى المزاج والسلوك وحدة للتعامل مع الآخرين ويجر إلى كثير من الويلات على متعاطيها ومن يحتك بهم . بعكس ما يشاع بأنها مهرب

ومدخل إلى النسيان والراحة المنشودة . وكذبت المقولة التى تعتبر أن تناول هذه السموم مقبرة للأوهام والهموم .

#### ٥- اذكر خمس طرق كنت تواجه بها التوتر قبل العلاج ؟

من مفهومي الخاص أن الطرق التى يواجه بها الإنسان التوتر لا تقاس بالكلم من الطرق؛ لأن عوامل التوتر كثيرة .. وكما أسلفت لكل حالة لنفعال سبب ومسبب ولكل حالة علاج وما اللجوء إلى تماطى الكحول سوى نزوة عابرة، لا تعالج توتراً ولا تحل مشكلة بل تزيد الأمور تعقيداً فى أغلب الأحيان .. وتناول هذا الكحول قد يجعل من الإنسان خاملاً مشغول الحركة الذهنية، لا يقوى على أبسط طرق مواجهة ما قد ينتابه من التوتر والقلق .

#### ٦- اذكر أربع طرق لمواجهة التوتر تعلمتها أثناء العلاج ؟

بلا تحديد طرق معينة، وجدت أن أفضل الطرق لمواجهة التوتر هى كما أسلفت سابقاً، وأن مجاهدة النفس ومقاومة وسوسة الشيطان والابتعاد عن جلساء السوء مصحوبة بتوفيق من الله هى أنجح الطرق .. وقد كان رسولنا صلى الله عليه وسلم، إذا حزمه أمر لجأ إلى الصلاة .. فهى العلاج الحقيقى لكل ما قد يتم بالإنسان فى هذا العصر المضطرب، ولذى تحيط به المخاطر بنا من كل جانب .

#### ٧- ما الطريقة التى كنت تستعملها بعد خروجك من المستشفى ؟

لم يسبق لى دخول هذا المستشفى قبل هذه المرة، وأملى بالله كبيراً أن تكون الأخيرة، وأن أعود إلى أسرتى ومجتمعى إنساناً سوياً ومواطناً صالحاً وعصواً فعلاً كما يجب .

#### ٨- ما الطريقة التى كنت تستعملها عندما حدثت الانتكاسة ؟

أرجوا ألا تحدث انتكاسة لأنها الطريق إلى الهاربية والصنایع والعبرة لمن يعتبر .

التمرين السابع :

أ - التوتر

( قائمة بالعلامات والأعراض )

التوتر هو استجابة أجسامنا للكلية :

- بدنىـــــــــــــــــا .

- عاطفــــــــــــــــياً .

- سلوكيــــــــــــــــاً .

- وفكرــــــــــــــــياً .

لحدث أو وضع تواجه فيه ( تهديداً ) .

لمساعدتنا فى تقييم فيما إذا كنا نعانى من التوتر علينا أن نبحث عن العلامات والأعراض التالية :

بدنىـــــــــــــــــا

شد العضل	التعب
فقدان الشهية أو زيادتها	الصداع
تعرق راحة اليد	آلام المعدة
برودة اليدين / القدمين	الأرق
قصر النفس	نقص الوزن
ارتفاع ضغط الدم	آلام الظهر

عاطفــــــــــــــــياً

سرعة الغضب والانفعال	الإحباط
فقدان احترام الذات	الغضب
الحزن	الهم
العجز	القلق

## سلوكيا

الصراخ	البكاء
الإفراط فى التدخين	الإفراط فى تناول الكافيين
الانقطاع عن الأصدقاء / الأقارب	تعاملى للمخدرات

## فكريا

التشوش	البطء فى التفكير
تسارع وتخطيط الأفكار	صعوبة اتخاذ القرار
قلة التركيز	نقص مدة الانتباه
فقدان الذاكرة	

### ب- الطريقة المعدلة والتدرجية للاسترخاء العضلى

\* اجلس على كرسي ذى دعامة للرأس ، أو أسند الكرسي بالحائط .

\* شد مجموعة العضلات للمعينة لمدة خمس ثوان .

\* كرر كل خطوة مرتين .

\* أرخ كل مجموعة عضلات على نحو تام قبل شد المجموعة التالية .

١- أطبق قبضة يديك اليسرى بإحكام : لاحظ التوتر فى اليد والساعد : استرخ .

٢- أطبق قبضة يديك اليمنى بإحكام : لاحظ للتوتر فى اليد والساعد : استرخ .

٣- اثن الذراع اليسرى نحو الأعلى عند الرسغ بحيث تكجه الأصابع نحو السقف : لاحظ التوتر خلف اليد والساعد : استرخ .

٤- اثن الذراع اليمنى نحو الأعلى عند الرسغ بحيث تكجه الأصابع نحو السقف : لاحظ التوتر خلف اليد والساعد : استرخ .

٥- المس الكتفين بأصابع يديك : لاحظ التوتر فى الكتفين : استرخ .

٦- هز كتفيك وارفعهما بالقرب من أذنيك : لاحظ التوتر : استرخ .

٧- جمّد جبينك : لاحظ التوتر : استرخ .

٨- أغلق عينيك بإحكام : لاحظ التوتر : استرخ .

- ٩- اضبط لسانك على سقف الحلق : اثبت قليلاً على هذا الوضع : استرخ .
  - ١٠- زم شفتيك بإحكام : اثبت قليلاً على هذا الوضع : استرخ .
  - ١١- ادفع رأسك نحو الخلف : لاحظ التوتر : استرخ .
  - ١٢- ادفع رأسك نحو الأمام بحيث تغمر ثقك في صدرك : استرخ .
  - ١٣- إذا لم تكن تمانى من أى آلام فى الظهر : قوس ظهرك بعيداً عن ظهر الكرسي ، وادفع بذراعيك نحو الخلف : اثبت قليلاً على هذا الوضع : استرخ .
  - ١٤- خذ نفساً عميقاً : احبسه : ازفر الهواء واسترخ .
  - ١٥- خذ نفسين عميقين واحبسهما ثم ازفرهما .
  - ١٦- اضغط معدتك نحو الداخل حتى تصل إلى عمودك الفقري : اثبت على هذا الوضع : استرخ .
  - ١٧- شد عضلات المعدة : لاحظ التوتر : استرخ .
  - ١٨- شد رذفيك ، دافعاً إياهما على الكرسي : اثبت على هذا الوضع قليلاً : استرخ .
  - ١٩- إذا كنت تمانى من آلام فى الظهر ، نفذ التمرين فى رجل واحدة كل مرة . وإلا ، شد عضلات الفخذين ومد رجليك على نحو مستقيم : اثبت على هذا الوضع : ارجع رجليك إلى الوضع الأصلي واسترخ .
  - ٢٠- إذا كنت تمانى من آلام فى الظهر ، نفذ التمرين مع قدم واحدة كل مرة . وإلا ، وجه أصابع قدميك نحو الأعلى باتجاه الوجه ورجلاك ممدتان : لاحظ التوتر فى بطنى للرجلين والقدمين : اثبت على هذا الوضع : استرخ .
- أعطيت هذه التعليمات لوضع الجالس ومع ذلك ، يمكن تكييفها بسهولة لوضع الاستلقاء ، وتستخدم الاسترخاء قبل الذهاب إلى النوم .
- هذا التمرين مناسب؛ خاصة إذا كنت تشعر أنك تسرع كثيراً فى ممارسة طرق الاسترخاء الأخرى .
- جـ- تمرين استرخاء ناشئ بفعلك
- اجلس فى وضع مريح واضعاً ذراعيك إلى جنبك وممدداً رجليك ومطلقاً عينيك .
- خذ نفساً عميقاً وازفره ببطء (ببطء شديد) .

ردد كلاً من العبارات التالية ببطء خمس مرات، مع تنفس عميق بطئ (٤ - ٦) أنفاس بالدفقة :

شبه	زفير
أ - أنا	مسترخ
ب - ذراعى ورجلاى	ثقيلتان وداختان
ج - ضربات قلبى	هادئة ومنظمة
د - تنفسى	سالك وسهل
هـ - بطنى	داقى
و - جببلى	معتدل البرودة
ز - ذهلى	هادئ وساكن
ح - أنا	مسترخ

مارس هذا التمرين ثلاث مرات يومياً .

عندما تشعر بالتوتر (إن كنت وحيداً ولا تقود السيارة) ردد البند أ .

د - الاستجابة للاسترخاء

الاستجابة للاسترخاء تقنية يمكن استعمالها لإضعاف استجابتنا الجسدية والعاطفية للتوتر .

القواعد الأساسية للاستجابة للاسترخاء

مارس هذه التقنية :

١ - مرتين يومياً .

٢ - ١٥ - ٢٠ دقيقة فى كل مرة .

٣ - يمكن تخفيض المدة إلى ١٠ دقائق ولكن لا يجوز قطعياً تجاوز مدة لـ ٢٠ دقيقة .

٤ - مارس الطريقة فى أى وقت .

ملاحظة : عليك الانتظار مدة لا تقل عن ساعتين بعد الأكل، قبل أن تمارس هذه الطريقة .

## خطوات الاستجابة للاسترخاء

- ١- ابحث عن مكان هادئ (فى البيت أو العمل) تستطيع فيه أن تكون وحيداً وبحيث يكون خالياً من أى تشويش (تليفون ، راديو ، تليفزيون ، أشخاص آخريين . إلخ) .
- ٢- اجلس على كرسي مريح .
- ٣- أرخ أى ملابس ضيقة (الحزام ، ربطة العنق ، القبة ... إلخ) .
- ٤- ضع نفسك بحالة عقلية مسترخية .
- ٥- أغلق عينيك واجلس بهدوء .
- ٦- ابدأ فى إرخاء عضلات جسدك ، مبتدئاً بقدميك وصاعداً إلى وجهك .
- ٧- حالما ترتخي جميع العضلات .. ركز على نفسك .. تنفس بصورة طبيعية ، بحيث تستنشق الهواء وتزفره عن طريق أنفك .
- ٨- عندما تزفر الهواء، ردد عن ظهور قلب الرقم (١) .
- ملاحظة : إذا «سرح فكريك» ، لتنبك لذلك وأعد التركيز على الرقم (١) .
- ٩- اللبس ساعة يد أو صنع ساعة حائط بجوارك؛ حتى تتمكن من معرفة الوقت . لا تستعمل ساعة المنبه أو الساعة للموقفة .
- ١٠- بعد ممارسة تمرين الاستجابة للاسترخاء :
- ( أ ) اجلس بهدوء وعينك مغلقتان لمدة دقيقتين أو أكثر .
- (ب) اجلس بهدوء وعينك مفتوحتان لمدة دقيقتين أو أكثر .
- (ج) لا تفلق بشأن ما إذا كنت نجحت فى إحداث الاستجابة للاسترخاء ، متبدأ الإحساس بذلك أكثر فأكثر مع ازدياد مهارتك ، وعندها يصبح هذا التمرين جزءاً من ممارساتك اليومية .

## التمرين الثامن:

## (ماذا تفعل إذا شعرت بالقلق الشديد)

## توقف وقرأ القائمة التالية :

- ١- تذكر أن الأحاسيس التى تشعر بها الآن ليست سوى استجابات للجسم الطبيعية لظروف معاكسة، ولكن بصورة مبالغ فيها .

- ٢- هذه الاحاسيس ليست ضارة أو خطيرة على الإطلاق، ولكنها مزعجة فقط، وإن يحدث لك أى مكروه .
- ٣- توقف عن مضاعفة خوفك بالاسترسال فى الأفكار المخيفة عما يحدث لك الآن وعما قد يصيبك .
- ٤- صف لنفسك بدقة كل الذى يحدث فى جسمك فعلا الآن، وحاول أن تتجنب التفكير فيما قد يحدث لك .
- ٥- انتظر الآن وأعط القلق فرصة من الوقت حتى يزول، دون أن تقاومه أو أن تهرب منه .. المطلوب منك تقبله فقط كرد فعل طبيعى فى مثل حالتك .
- ٦- لاحظ أنك إذا نجحت فى التوقف عن مضاعفة حالتك بالاسترسال فى الأفكار المخيفة سيأخذ القلق فى الزوال تلقائياً .
- ٧- تذكر أن الهدف الأساسى من العلاج هو أن تتعلم كيف تواجه الخوف وهذه فرصتك للتحسن .
- ٨- تذكر التحسن الذى تم حتى الآن بالرغم من كل الصعوبات التى واجهتها، وتذكر شعورك بالراحة والسرور عند نجاحك فى تأدية المهمة .
- ٩- والآن ابدأ فى وصف الأشياء المحيطة بك لنفسك وخطط مسبقاً لما سوف تفعله بعد ذلك .
- ١٠- بعد أن تنفذ كل هذه الخطوات، استأنف ما كنت تقوم به من قبل بهدوء واسترخاء .

#### التمرين التاسع :

##### النوصايا العشر للتغلب على مصادر القلق

- ١- تجنب المعالجة التلقائية بالتدخين وتناول القهوة والمهدئات .
- ٢- تخلص من التوتر . النشاط البدنى مخرج رائع .
- ٣- لا تهمل عملية الاسترخاء . اتبع يومياً وسيلة تخفيف الإجهاد : التأمل للتماسى، اليوغا ، الاسترخاء التدريجى للعضلات ، التدريبات البدنية ، التنويم الذاتى ، الموسيقى، أو أى طريقة أخرى ملائمة لك .
- ٤- احصل على قسط كاف من النوم والراحة لتجديد طاقتك .. إن الحاجة إلى أقرص ملومة سوف تزول، إذا بدأت فى تغيير أسلوب معيشتك .



- ٥- عند المرض لا تحاول أن تواصل نشاطك كأنك لا تشكو من شيء .
- ٦- اتفق مع الآخرين . الحياة ليست ساحة قتال دائم ، تجنب المواقف المتشددة في خلافاتك مع الآخرين، وفكر عوضاً في شراييك القلبية .
- ٧- تعلم بقبول ما لا يمكنك تغييره ، تجاهل ذلك يؤدي إلى السعادة والشاؤم والمرارة :  
«ليس لدى وقت للأمس : ليرقد في سلام» .
- ٨- استخدم وقتك على نحو أفضل وقوض غيرك . إنك بحاجة لنظام يعمل لك وليس ضدك ، تول كل أمر على حدة ، خصص أوقات فراغ لمعالجة المسائل الطارئة المستعجلة .
- ٩- أعرف من أنت وحاول عمل شيئاً بشأنه ، عندما نكون متعبين نتبادلنا أفكار قد سيطرنا عليها منذ زمن ، من الصعب الذهاب للنوم وأنت تشعر بالقلق أو الغضب .
- ١٠- خطط مقدماً بقولك «لا، الآن» ، وبذلك تتفادى في المستقبل وطأة التراكم الزائد للعمل .

#### التمرين العاشر:

##### التدريب على فهم الذات

فيما يلي قائمة بخمسين صفة وعكسها ، وبين كل صفة ونقيضها خمس مربعات . تأمل كل زوج من الصفات .. فإذا كانت للصفة الموجودة على اليمين تنطبق عليك، ضع علامة في المربع المجاور لها مباشرة وإذا كانت الأخرى . فضع العلامة في المربع الملاصق لها في الناحية الأخرى .. أما إذا كانت إحدى الصفتين تنطبق عليك، ولكن بدرجة أقل .. فضع العلامة في المربع المناسب، مع ملاحظة أن المربع الموجود في الوسط يمثل نقطة الحياد .

لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة ، صحيح أن بعض الصفات تبدو إيجابية وتحب أن توجد فيك، ولكن الفائدة من هذا الاختيار تعتمد على حسن تقديرك لنفسك، فلا تحاول أن تبدو أقل أو أكثر مما أنت عليه بالفعل ، تمنع في كل زوج من العبارات ولكن لا تتوقف طويلاً فالقائمة كبيرة، وغالباً ما يكون رأيك الأول هو الرأي السليم .

احتفظ بالورقة لنفسك ولا تريها لأحد .

سريع الحركة والإيقاع	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	بطيء
بارع (شاطر)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	بليد
مثير للاهتمام	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ممل
منطوق	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	مقيد
ذو معنويات عالية	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ذو معنويات منخفضة
سعيد	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	حزين
تحس بأن احتياجاتك مشبعة	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	تخس بأنه تنقصك حاجات كثيرة
متفائل	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	متشاائم
ودود	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	نافر
إيجابى	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	سلبي
تفرض نفسك (تكتيك وجودك)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	لا تستطيع أن تفرض نفسك
حياتك الحالية أكثر ارتباطاً بالماضى	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	أكثر ارتباطاً بالمستقبل
راضٍ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	غير راضٍ
بشوش	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	متجهم
أميل إلى للدعابة والفكاهة	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	متزن وريز
محبوب من الناس (شعبى)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	غير شعبى
دماغ ناشقة	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	لين
منبسطة	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	منطوى
شكور	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ناكر للجسد (لا تعترف بالنفس لأحد)
عطوف	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	قاس
ناجح	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	غير ناجح
متخوف	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	لا ميالٍ
صامت	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	كثير الكلام
طموح	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	لا طموح لديك

لا تقبل عذرا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تلمس العذر للآخرين
غير منظم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منظم
كثوم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تعبّر عن نفسك
مجتهد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كسول
جامد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مرن
مستسلم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جرئ
مسالم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدواني
تعمل في العلن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تحب العمل في الخفاء
مفروع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آمن مطمئن
مرتاح البال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	متوتر
نافذ الصبر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صبور
كاره	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	محب
غير متسامح	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	متسامح
لا تحب المسؤولية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مسئول
لا يعتمد عليك	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يعتمد عليك
لا تهتم بالشكايات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شكوى محب للرسميات
متهاون	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ثو ضمير حي
غير مكثب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مكثب
بارد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دافئ
غير مبتكر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مبتكر
معتدل المزاج	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حاد المزاج
محدد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غامض
غير حاسم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حاسم
متدخل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	متباعد

تلق بالآخرين ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ تشك فى الآخرين  
متحفظ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ملفتح

### التمرين الحادى عشر:

#### الفقد المهم جدًا فى حياة الإنسان:

- ١- وفاة إنسان محبوب
- ٢- انتهاء علاقة وثيقة .
- ٣- الانفصال .
- ٤- الطلاق .
- فقد أقل أهمية فى حياة الإنسان :
- ١- فقد العمل .
- ٢- فقد نقود .
- ٣- الانتقال (من منزل إلى منزل آخر) .
- ٤- المرض (فقد الصحة) .
- ٥- تغير المدرسة والمدرسين .
- ٦- السرقة .
- ٧- النجاح (فقد الكفاح) .
- ٨- فقدان الأهداف البعيدة .
- فقد مرتبط بالعمر :
- ١- فقدان أحلام الطفولة .
- ٢- مرحلة المراهقة (الرومانسية) .
- ٣- مغادرة المنزل (الزواج)
- ٤- تغير الوظائف
- ٥- فقدان الشباب .
- ٦- فقدان الجمال .

١- فكر فى أكبر وأحدث فقد فى حياتك

أ - هل تشعر أنك تعاملت معه جيداً ؟

ب- كيف كان تأثير العقاقير فى ذلك ؟

ج- هل لازلت تحمل أحاسيس ومشاعر تجاه ذلك اللفق ؟

د - هل طلبت مساعدة من أحد للتعامل مع هذه المشاعر ؟

٢- هل عرفت كيف أن اللفق يؤدى بك إلى الانتكاسة ؟

٣- اكتب عن مشاعرك :

أ - صف غضبك .

ب- صف مخاوفك .

ج- صف شعورك تجاه فقد أصدقائك، للذين تشرب أو تتعاطى معهم المخدرات

٤- اكتب عن أى شىء إيجابى لهذا الاقتصاد واللفق .

٥- ما أفكارك عن التعامل مع اللفق فى المستقبل .

التمرين الثانى عشر:

### ثلاثية الهاجس الفكرى

علما ولدنا، لم نكن ندرك ونعى شيئاً سوى أنفسنا وكنا نعتقد بأننا الكون . كما كان فهمنا أقل من احتياجاتنا الأساسية، وإذا تحققت احتياجاتنا كنا راضين . وعندما بدأ عقلنا بالمو بدأنا ندرك ونعى العالم الخارجى، وعرفنا بوجود الأشياء والناس والأماكن من حولنا، وهى التى تحقق لنا احتياجاتنا . وفى هذه النقطة بدأنا نميز الاختلافات ونطور الخيارات ، وتعلمنا أن نطلب ونختار؛ فنحن مركز هذا العالم اللتامى ونترقب أن تلبى طلباتنا من ما نحتاجه ونريده، وتغير مصدر قناعتنا من الاحتياجات الأساسية إلى رغبات ومطالب .

إن معظم الأطفال - ومن خلال تجاربهم مع مرور الزمن - عرفوا بأن العالم الخارجى لن يستطيع تلبية مطالبهم ، ومن ثم بدأوا بتكملة ذلك بجهودهم ، وعندما يقل معدل اعتمادهم على الناس والأماكن والأشياء يبدأوا فى الاهتمام بأنفسهم أكثر فأكثر، وبعدما يصبحون أكثر اكتفاءً ويتعلمون بأن السعادة والافتناع تأتى من الداخل .

ويواصل العديد منهم إلى اللصنح، وهم يتعرفون ويقبلون قوتهم وضعفهم وحدودية إمكاناتهم . وفى بعض المراحل عادة يطلبون المساعدة من قوة أكبر من أنفسهم لتلبية الأشياء التى لا يستطيعونها ، والنمو عملية طبيعية عديد من الناس .

ولكن كمدمنين فنحن نتردد وتترنح طوال الطريق ، كما أننا لن نفوق أو نزيد عن الاكتفاء الذاتى لدى الطفل، وبالتالي لن نجد الاكتفاء الذاتى الذى يجده الآخرون . ومن ثم نبدأ بالاعتماد على العالم من حولنا، ونرفض قبول بأننا لن نمنح كل شيء . وبعدما يصبح هذا الهاجس مسيطراً علينا وتصبح احتياجاتنا مطالب و رغبات، ونصل إلى نقطة تكون فيها التفاعلة مستحيلة . إن للناس والأماكن والأشياء لن تستطيع ملء الفراغ داخلنا، وبالتالي نتعامل وتتفاعل معها باستياء وغضب وخوف .

إن كلاً من الاستياء والغضب والخوف يكمل ثلاثية الهاجس الفكرى . كما أن كل عيوبنا الشخصية هى أشكال لهذه التفاعلات الثلاثة، والهاجس الفكرى هو أساس جنونا .

والاستياء هو طريقة معظمنا فى التعامل مع الماضى، وهو إعادة إحياء تجاربنا ومعاناتنا الماضية المرة تلو الأخرى فى عقولنا .. أما الغضب فهو طريقة معظمنا فى التعامل مع الحاضر وهو ردة فعلنا ولتكارنا للواقع .. أما الخوف فهو ما نشعر به عندما نفكر فى المستقبل وهو استجابتنا للمجهول . إن ردود الفعل الثلاثة هى تعابير عن الهاجس الفكرى وتعبّر ...؟؟.. طريقة تعاملنا عندما يكون الناس والأماكن والأشياء لا تتماشى وفق أهولنا، سواء كان ذلك فى الماضى أو الحاضر للمستقبل .

وفى «المدمن المجهول» وجدنا طريقة جديدة للحياة ومجموعة أدوات، هى الخطوات الاثنتى عشرة، والتى نتعامل معها حسب إمكانياتنا . وسوف تحصل لنا معجزة إذا توقفنا عن التعاطى، وبدأنا ممارسة هذه المبادئ فى شئوننا . سوف نجد الحرية من المخدرات والإدمان والهاجس الفكرى؛ فالاستياء يستبدل بالقبول والغضب .. يستبدل بالحب والخوف يستبدل بالإيمان .

نحن لدينا مرض يدفعنا فى النهاية إلى طلب المساعدة ، كما أننا محظوظون بأن لدينا اختياراً واحداً وفرصة واحدة أخيرة، لذا يجب علينا أن نصف ونكسر مثلث الهاجس الفكرى ويجب أن نتمو أو نموت .

إن طريقة تعاملنا وتفاعلنا مع الناس والأماكن والأشياء كما يلي :

الإيجابيات	السلبيات
القبول	الاستياء
الحب	الغضب
الإيمان	الخوف
	الماضي
	الحاضر
	المستقبل

التمرين الثالث عشر:

### الإنكار : التعريف ، العلامات ، المواجهة

فى بداية إقلاعى، حاولت التمسك بطرقى الخاص والمختلف عن الآخرين، وكنت اسمتع بأن أكون مختلفا عن الآخرين الذين يتشاركون فى أسلوب تعاطيهم وفى شعورهم أو عواطفهم ، فأنا لم أكن مثلهم .. كانت جذور الإنكار لدى قوى .. حتى عندما يجب أن أعترف أنني مدمن .

كنت أريد أن أكون متميزا فى التعاطى كمدمن فريد من نوعه، وعلى الرغم من وجود أدلة أكيدة وشاملة، والتي تزود بحلول مساعدة للتعافى.. إلا أنى جلست بهده فى مقعدى .. تقبل هذه الأدلة القليلة التى تدعم تميزى .

ما الإنكار؟

هو الطريقة التى يقوم بها العقل بالتعامل مع التوتر والصدمات الناتجة عن مرض مزمن ، أمثلة :

\* مريضى السرطان دائما يبحثون عن علاج سحرى .

\* مريضى القلب يتجاهلون علامات الإنذار ويتجنبون التورصيات المتعلقة بالتغذية والرياضة .

\* مريضى السكر يفضلون فى اتباع أسلوب تغير الحياة وتحسين الصحة .

\* المدمنون يستمرون فى التعاطى لأنهم يذكرون أن لديهم مشكلة .

فى البداية يكون الإنكار استجابة تلقائية للمشاكل الناتجة من التعاطى .

على كل حال كلما زاد التعاطى زاد تلف المخ، ويفقد المدمن للحكم بدقة ونقيم حالته اليومية .

### أمثلة من الإنكار

- ليس لدى مشكلة .
- مشاكلى ليست بسبب التعاطى .
- الأمور سوف تتحسن غدا أو السنة القادمة .
- كل شخص ملوكه وتصرفه مثل سلوكى وتصرفى .
- يمكن التعاطى يؤذنى ولكن لا ؟...أحد غيرى وأغرب عن وجهى .

### حقائق عن الإنكار:

- الإنكار يعيق الحكم السليم على الأمور .
- الإنكار تشويه للحقيقة .
- الإنكار هو العلاقة المميزة لمرض الإدمان .
- الإنكار يزداد ويقوى مع طول التعاطى .
- لا نستطيع التغلب على الإنكار إلا بعد التوقف عن التعاطى .
- (الإنكار بأننا مرضى هو جزء من مرض الإدمان)

### الإنكار ضد الكذب :

الناس الذين يكذبون يعرفون ما هى الحقيقة، ولكنه يعتمد أن يقول أو يتصرف بغير الحقيقة .

والناس الذين ينكرون يكونون متحيرين: ما الصواب وما الخطأ...، ومنهم غير قادرين على أن يفرقوا بينهما؛ فيصلون لأنهم صدقوا أكاذيبهم .

### الاستماع والتقبل

إذا لم يكن من المستحيل.. فمن الصعب أن نكتشف تصرفات وطرق الإنكار لوحدك.

لأنك غير واع لتضويك الحقيقة.. فالحال هو تركيزك للاستماع للآخرين مثل الأقارب أو المشايهين لك فى العلاج أو المرشد أو عائلتك — فالآخرون سوف يعطونك صورة حقيقة عن الإنكار لديك، ولكن يجب عليك أن تكون راغباً فى الاستماع والتقبل لما تسمعه منهم .



فإنذا تعرفت جزءاً من الإنكار لديك.. فسوف تتعرف الأجزاء الأخرى بسهولة .  
لا تحزن من هذا الاكتشاف.. فليس هناك سبب لتشعر بالذنب، فالآن عرفت ما  
يجب عليك أن تغيره .

فالآن لديك صورة دقيقة عن نفسك وعن العالم من حولك.. فأنت في طريقك  
إلى التعافى .

\* اكتب مثلاً عن الإنكار لديك، الذى بدأت فى تعرفه منذ بداية علاجك ، واكتب  
كيف تشمر تجاه هذا الاعتراف ؟ .

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### كيف ينمو الإنكار ويزداد :

- بداية التعاطى تولد للنشوة .
- الاستخدام العنصر يصبح أسلوباً .
- نشوة أنماط من الدفاع.
- تروى الأكاذيب لحماية التعاطى .
- بلورة نظام من القيم .
- للجوانب وللدرجات السلبية تلام على الآخرين .
- تشويه رهيب للحقيقة .
- فقدان الإحساس بالحقيقة .
- الحيرة وفقدان السيطرة .

## أزمات

الشوق      التعاطى

الحقيقة      للتواصل

للتعافى      حتى الموت

اكتب كيف تستخدم الإنكار فى وصف الآتى :

كمية المادة المتعاطاة :

.....

.....

.....

كيفية التعاطى : .

.....

.....

.....

الأذى الذى سببته للآخرين، والنتائج من سلوكك :

.....

.....

.....

كيف يتجذر الإنكار فى دفاعات تبدل المشاعر

- التبرير العقلى : أنا أتعاطى لأنى أعانى من ضغط شديدة .

- التبرير الفكرى : قليل من الكحول (٢ أونسه) كل يوم يوصى بها خبراء الصحة .

- اللوم : أنا أتعاطى لأنى مجبور لحضور فصول دراسية مملة ومدرسين مهملين .

- التحويل : يبدو لك دائما أنك فى مزاج خسيس.. ما الذى يضايقك ؟

- التهرب : أنا أرفع شأننا فقط فى المناسبات الخاصة .

- الدعاية : أستطيع أن أتوقف عن التعاطي في أى وقت أريده، وفى الحقيقة أن أتوقف على الأقل مرة فى الأسبوع .

- الموافقة : نعم أعتقد أنك على صواب .. كان يجب على أن أخفض تعاطي الهيروين .

- الإسقاط : إبراهيم لديه مشكلة مع الهيروين .. فأنا مسرور بأنى لست مثله .

- التهديد : أحذرك أن تمنعنى عن تعاطي الهيروين مع أصدقائى .

- التعميم : كلنا لدينا عادة سيئة أو عادتان .

### جدار الدفاعات

#### الإنكار : أو الدفاعات :

- |                       |                        |
|-----------------------|------------------------|
| - التبرير العقلانى .  | - التبرير بالأسباب .   |
| - إسقاط .             | - اللوم .              |
| - الحكم على الأخلاق . | - التنقل .             |
| - التحليل .           | - الصومية .            |
| - الاعتراض .          | - المجادلة .           |
| - المجاورة .          | - التلوية .            |
| - التمازج .           | - التحويل .            |
| - الإنكار .           | - الغرور والغموسة .    |
| - التقليل .           | - التهريب والتملص .    |
| - الشذوذ .            | - الهجوم .             |
| - العدوانية .         | - الانسحاب .           |
| - الصمت .             | - التعبير اللفظي .     |
| - الصراخ .            | - التهديد .            |
| - العبوس والتعطيب .   | - الشرود والبهلقة .    |
| - الدعاية .           | - الايتسامة - الضحكة . |
| - الموافقة .          | - الخضوع .             |
| - الاختيار .          |                        |

هذا هو جدار الدفاعات الذى يدعم الإنكار . تأكد من هذه الصفات إذا كانت لديك ..... لكتب ثلاثة أمثلة على كل واحدة .

.....  
.....  
.....

من القرين إلى مثيله

تخير اثنين ممن معك في مرحلة العلاج .. اطلب المساعدة من كل منهما لكتابة هذه الصفحة .

القرين الأول :

أنك تستخدم .....

اطلب مساعدتهم لكشف أيا من الدفاعات، التى نستخدمها غالبا أو الأكثر تأثيرا.

اسأل كل واحد على حدة لكتب رأيه فى المساحة المتروكة لك . لا تحاول المجادلة والاختلاف معهما فاطلب منهما أمثلة لكى تتعرف الدفاعات بسهولة .

القرين الثانى :

أنك تستخدم .....

كيف كان شعورك عندما سمعت رأى القرينين

### الشعور بالانفرادية

بدايةً يصور لك عقلك أنك فريد أو (حالة خاصة) عن المدمنين الآخرين .  
فالأفكار مثل (إن أتعاطى فى النهار) أو (إن أفقد عملى أبداً) أو (أنا تحت  
ضغط لا يمانى منها الآخريين) فهذه الأفكار تأتى للجميع .  
فيجب التركيز على الأشياء التى تكون موجودة لدى جميع المدمنين .  
فكلمات ركزت على هذا السلوك والأحاسيس المشتركة ، سوف تبدأ فى التخلّى عن  
هذه الدفاعات وسوف تتقبل الأمثلة والاقتراحات من الأشخاص المشاركين مع فى  
مرحلة التعافى .  
صف شعرك بأنك «مميز أو فريد» .

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

اكتب قائمة بالأشياء المشتركة وبين أمثالك فى مرحلة العلاج .

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## التمرين الرابع عشر:

### التخطيط للوقاية من الانتكاسة

- ١- التوازن في أمور الحياة .
  - ٢- تقييم الأمور على وجهها الصحيح .
  - ٣- التعرف وفهم مظاهر الانتكاسة .
  - ٤- القدرة على تحديد علامات الانتكاسة .
  - ٥- مراجعة وفهم برامج التعافى .
  - ٦- تنمية مهاراتك على معرفة ذاتك .
  - ٧- التدخل السريع لوقف مظاهر الانتكاسة .
  - ٨- مشاركة أهل الخير في اهتماماتهم .
  - ٩- المتابعة مع برامج الرعاية اللاحقة وجماعة «المدمن المجهول» ، لتقوية وتدعيم سلوكك الإقلاع عن المخدر / الشراب .
- نقاط يجب أن تذكرها :
- ١- فشلك في المحاولة الأولى للتعافى ، لا يعنى الفشل الدائم .
  - ٢- يتنكس المدمن لعدم الحرص على متابعة البرامج العلاجية .
  - ٣- هناك كثير من السلوكيات السلبية تجعل التعافى هو البديل ، على الرغم من إدراك خطورة العواقب .
  - ٤- الانتكاسة تبدأ قبل البدء الفعلى فى الرجوع للتعافى ،هناك ٣٧ علامة تحذيرية من الانتكاسة .
  - ٥- الفريق العلاجى وأهل الخير يمكنهم منع الانتكاسة، قبل أن تصبح الأمور مأساوية .
  - ٦- إن خطة الوقاية من الانتكاسة جزء مهم فى علاج الإدمان .
- العلامات المنذرة بالانتكاسة :
- ١- الخوف من الاستمرار فى الحياة دون مخدر أو شراب .
  - ٢- الإنكار وعدم تقبل الواقع .

- ٣- النفاظر بالطاعة الزلدة .
- ٤- إجبـار الآخريـن على الطاعة .
- ٥- السلوك الدفاعى وخلق الأعذار والمبررات .
- ٦- سلوك إجبارى قهرى يزعم الآخريـن .
- ٧- للتدخل فيما لا يعنـيك .
- ٨- للميل إلى الوحدة والعزلة .
- ٩- للنظرة الضيقة للأمور.
- ١٠- لكتئاب خفيف .
- ١١- فقدان القدرة على التخطيط والتفكير البناء .
- ١٢- تبدأ الغلط فى القتل .
- ١٣- أحلام اليقظة والأمنيات .
- ١٤- للشعور بعدم القدرة على حل أى مشكلة.
- ١٥- أمنيات غير ناضجة نحو للسعادة .
- ١٦- فترات من الارتباك .
- ١٧- للتهدج للسريع مع الآخريـن .
- ١٨- سرعة الغضب .
- ١٩- عدم انتظام مواعيد الطعام .
- ٢٠- عدم الراحة .
- ٢١- عدم انتظام مواعيد النوم .
- ٢٢- عدم للقدرة على تنظيم الحياة اليومية .
- ٢٣- فترات من الاكتئاب الشديد .
- ٢٤- عدم الانتظام فى متابعة الرعاية اللاحقة وجمعية «المدمن للمجهول» .
- ٢٥- تزايد الإحساس باللامبالاة (تقول لنفسك أنا ما يهمنى) .
- ٢٦- الرفض للنام لأى مساعدة .

٢٧- عدم القناعة والرضى بالحياة .

٢٨- الشعور بأنك ضعيف وعاجز .

٢٩- الأسف على النفس .

التمرين الخامس عشر:

### إدمان الكحول والمخدرات

#### إبقاء النغم فى حالة تجمد

النتائج السالبة المترتبة على سلوك مشرب الخمر أو تعاطى المخدر :

- |                            |                                         |
|----------------------------|-----------------------------------------|
| ١- الانشغال بالكيميائيات . | ٢- فقدان الشعور .                       |
| ٣- ازدياد التحمل .         | ٤- الحاجة إلى التحكم فى التعاطى .       |
| ٥- فقدان التحمل .          | ٦- الإفراط فى استخدام الكحول والمخدرات. |
| ٧- هبوط الاحتمال .         | ٨- إفراط فى التعاطى .                   |

مشكلات طبية نفسية وتنقسم إلى :

- |                                      |                              |
|--------------------------------------|------------------------------|
| ١- الإنكار .                         | ٢- تخيله بقدرته على كل شيء . |
| ٣- الشعور بالعظمة والقدرة دون مبرر . | ٤- شخصية لا تقدر للخطر .     |
| ٥- سلبى للمقاومة .                   | ٦- سمات الاستحوارية .        |
| ٧- سلوك مقهور .                      |                              |

مشكلات عضوية :

- |                               |                              |
|-------------------------------|------------------------------|
| ١- اختلال وظائف الكبد .       | ٢- مشكلات المعدة .           |
| ٣- متاعب القلب .              | ٤- ارتفاع ضغط الدم .         |
| ٥- الإصابة بمرض السكرى .      | ٦- سرعة ضربات القلب .        |
| ٧- التهاب البنكرياس .         | ٨- أعراض عضوية بأعصاب المخ . |
| ٩- عقد وتخاريف من شرب الكحول. |                              |



## السلوك الاجتماعي:

- ١- مشكلات شخصية .
- ٢- خلافات أسرية .
- ٣- مشكلات من السلطة التشريعية .
- ٤- مشكلات مالية .
- ٥- مشكلات في العلاقات .
- ٦- مشكلات في العمل .

## مشكلات ذهنية / عقلية :

- ١- الإفراط .
- ٢- الذنب .
- ٣- الخزي .
- ٤- للخوف .
- ٥- الفضنب .
- ٦- الاشمزاز .

## التمرين السادس عشر:

## معاونة المرضى لفهم أن الانتكاسة عملية إجرائية وليست حادثة

إنه من الأفضل أن يهيئ المرضى لمواجهة تحديات التعاطي .. بأن يدركوا الحقيقة من خلال المعلومات السابق سردها عن الانتكاسة .. للانتكاسة علامات متماثلة، وإن لم تكن تفوق الواقع الفعلي من حيث إنها ردة لتعاطي المواد المخدرة . أيضاً.. فإن الانتكاسة قد تكون بسبب تصرف طائش في جزء من العلاج الفردي ، وليست الانتكاسة في أغلب الأحوال حالة عضوية جسمية أو عقلية أو فكرية، أو أنها تغييرات سلوكية تظهر عادة على الملتكسين قبل عودتهم لتعاطي الخمر أو المخدرات . يمكننا أن نفهم علامات الإنذار التي تحدث من الفرد، ونستوعبها كحلقة من سلسلة عملية الانتكاسة .

لقد قرر كثير من الذين انتكسوا أنهم قد بدت أهم علامات إنذار الانتكاسة، قبل تورطهم في تعاطي الخمر أو المخدرات لأيام ولأسابيع وامتد أطول من ذلك .

كذلك.. فإن المرضى المتقدمين للعلاج للمرة الأولى بإمكانهم أن يتفحصوا علامات الإنذار المشتركة ويتعرفوها من خلال مدمني الخمر أو المخدرات الآخرين؛ الأمر الذي يمكن أن يساعد الملتكسين للاطلاع على تجاربهم وخبراتهم بتفصيل عظيم؛ لذلك فإنه بإمكانهم أن يعلموا الصلة بين أفكارهم ومشاعرهم والأحداث أو المواقف، والعودة إلى تعاطي الخمر أو المخدرات .

إن نموذج التحليل النفسى التتقىفى للمرضى الملتكسين وكتاب العمل المستخدم للربط بين هذه البرامج من خلال ٥١١ مريضاً، وجد أن تفهم عملية الانتكاسة، كانت للموضوع الأعظم فائدة .

التمرين السابع عشر:

موضوعات محددة للمناقشة فى جلسات العلاج النفسى الجماعى :

- ١- ما الانتكاسة ؟
  - ٢- اذكر علامات الإنذار التى يمكن أن تحدث بسببها الانتكاسة .
  - ٣- أين كانت بعض أفكارك ، مشاعرك أو الأحداث متجهة حول انتكاستك ؟
  - ٤- اطلب من المرضى أن يؤدوا جلسة أداء مسرحى، مع عدة مرضى مختلفين، يلعبون أحد الأعراض التالية للانتكاسة :
    - أ- عودة الإنكار .
    - ب- السلوك الاجتنابى الدفاعى .
    - ج- التركيب المتضارب فى الحياة .
    - د - التجمد .
    - هـ- القوضى ورد للفعل المفرط .
    - و- الاجتئاب .
    - ز - فقدان الانضباط السلوكى .
    - ح - فقدان الانضباط الإدراكى .
    - ط - تلاشى حق الاختبار .
    - ى - تعاقب أحداث انتكاسة حادة .
- راجع وثائق أعراض الانتكاسة لتعرف الأعراض أعلاه .

## التمرين الثامن عشر:

### نحو فهم أفضل (للتعافى من مرض الإدمان)

متى تفارق مرض الإدمان .. فإنه ينتشر مع تزايد الوقت، وهذا يجعل الشفاء منه بالمثل يحتاج إلى مساحة كبيرة من الوقت أيضا . وعلى وجه التقريب .. فإن اكتمال التعافى العضوى والذهنى والعقلى من الأضرار، التي أحدثها نشاط المرض خلال تطوره تحتاج إلى سنتين .

وخلال فترة العامين المطلوبين للتعافى، تكون للنزعة الأولية إلى الانتكاسة فى أعلى مراحلها وتزداد حداثتها فى نهاية السنة الأولى، لتزداد بشكل سريع فى السنة الثانية .

سيحدث الميل إلى الانتكاسة إلا إذا انضم الفرد ببرنامج نشاط علاجى خلال فترة التعافى، وينفذ على النحو التالى :

- ١- من خمسة إلى سبعة أسابيع عقب آخر تعافى أو شرب خمر .
- ٢- خمسة أشهر عقب آخر جرعة مخدر أو شرب خمر .
- ٣- من أحد عشر إلى ثلاثة عشر شهراً عقب آخر جرعة مخدر أو شرب خمر .
- ٤- ثمانية عشر شهراً عقب آخر جرعة مخدر أو شرب خمر .

خلال تلك الفترات (المسماه .. بفترات الانسحاب الثانوية) قد يشعر الفرد، ويفكر حسب ما كان يفعل وقت تعافيه الخمر أو المخدر، ويشعر ثانية بأن الناس الآخرين والأماكن والأشياء كانت هى مشكلته .

سيوقع أفراد أسرته عودته إلى الانتكاسة لعدم قدرته الداخلية .. إنه يراقب ماذا يقولون أو يفعلون لأنهم أيضا كانت لديهم مشاكل من جراء إدمانه، وأنه لمن الأهمية للمدمن ولأسرته أن يتفهموا أن هذا السلوك هو بداية الانتكاسة، وأن الشرب أو التعافى هو ما سيفعله المدمن عقب انتكاسه .

إن التعافى ليس مقياساً لمشاعر الفرد . ستكون هناك أوقات لتعافى المدمن يشعر حينها أنه متحسن . وهناك أوقات يشعر فيها بالضيق ، مقياس التعافى عندئذ هو ما سيفعله الفرد للتأكد من استمرار اعتداله وصحته .

بصفة عامة .. علينا الأخذ بما يلى؛ من أجل تعافى مدمن للخمير أو المخدر من مرض الإدمان :

- ١- أن يقرر بأنه توقف عن شرب الخمير أو تعاطى المخدر بشكل دائم أساسى .
- ٢- أن يستكمل خطة العلاج فى المستشفى فيما يتعلق بطول هذه الفترة، والتي تستغرق عادة ٣٠ يوماً أو ما يزيد .
- ٣- المشاركة النشطة فى كافة أنشطة العلاج طوال فترة تواجده فى المستشفى .
- ٤- حضور اجتماعات جماعة المدمنين للتائبين المجهولين خمير / مخدر أسبوعياً طوال إقامته فى المستشفى، وأن يشترك نفسه ضمن مجموعة فى جماعة المدمنين للتائبين المجهولين (كحول / مخدر) للاجتماع معهم عقب مغادرته المستشفى .
- ٥- يتألف مع فرد ما يقوم بتشجيعه ليظل معتمداً عن تعاطى المخدرات أو الخمير؛ ليبقى فى حالة انزان واعتدال ويتحادث معه يومياً؛ خاصة عندما تتلابه حالة التشنج لتعاطى الخمير أو المخدر .
- ٦- أن يؤجل تعاطى الجرعة الأولى من الخمير أو المخدر لمدة ٢٤ ساعة بعد حالة التشنج لذلك .. ويمكنه خلال هذه المدة أن يحصل على المساعدة بدلاً، من تعرضه للانتكاسة خلال هذه المدة .
- ٧- أن يتزود بأكبر قدر من النشاط الدينى .

### (أعراض الانتكاسة)

لا تحدث الانتكاسة عندما يتعاطى مدمن المخدرات أو الخمير الجرعة الأولى أو عقب فترة تخلصه من المخدر أو الاعتدال .  
إن الانتكاسة عملية ذات بدايات طويلة، قبل أن يبدأ مدمن الخمير أو المخدر تعاطى المخدر أو الخمير .

عملية الانتكاسة تسبب لمدمن الخمير أو المخدر شعوراً بالألم وعدم الارتياح عندما لا يتعاطى الخمير أو المخدر .. هذا الألم وعدم الراحة يمكن أن يسبب الضرر لمدمن الخمير أو المخدر، متى أصبح غير قادر على أن يحيا حياة عادية دون تعاطى الخمير أو المخدر، وهذه الحالة تسمى لدى جماعة المدمنين للتائبين المجهولين A. A. «التعاطى الجاف»، فى حين أن البعض الآخر يطلق عليها (التفاقم للشرب) .

يمكن أن يتحول عدم الارتياح إلى وضع سيئ، إذا ما شعر مدمن الخمر أو المخدر أن تعامله المخدر أو الخمر لا يمكن أن يحدث له أى ضرر، أكثر مما يعانيه من آلام ببقائه معتدلاً .

وتبدو عملية الانتكاسة واضحة من خلال للتبؤ بالأعراض الظاهرة على مدمن الخمر أو المخدر، ممن انتكسوا بسبب تعاملهم المخدرات أو شربهم للخمر .

**المرحلة الأولى :** عودة الإنكار خلال هذه المرحلة .. حيث يصبح مدمن الخمر أو المخدر غير قادر على التمييز، ويخبر الآخرين بأمانة عما يشعر به أو يفكر فيه، وتكون معظم الأعراض المشتركة هي :

#### ١- ما يتعلق بقوة الكينونة :

مدمن الخمر أو المخدر صعب المشاعر ، خواف ، قلق ، ثمة أوقات يكون فيها خائفاً من ألا يقدر على أن يظل معتدلاً ، هذه المصاعب تهم وتذهب وتبقى عادة أخيراً لوقت قصير .

#### ٢- أفكار التورط :

لأجل تحمل هذه الفترات من الإنزعاج والخوف والقلق .. فإن مدمن الخمر أو المخدر يجاهر أو ينكر تلك المشاعر، وفي الاتجاه نفسه .. فإنه في خلال أحد الأوقات ينكر أنه مدمن . ربما يكون الإنكار قوياً، وذلك للجهل به على الرغم من حدوثه وحتى عندما تكون المشاعر واضحة .. فإنه غالباً ما ينسى حالما تلاشت تلك المشاعر . ويتم هذا فقط عندما يفكر مدمن الخمر أو المخدر في الماضى حول الحالة وتأخير الوقت؛ حيث إنه يكون قادراً على تمييز مشاعر القلق والإنكار لهذه المشاعر .

**المرحلة الثانية :** تجلب الآخرين والسلوك النفاعى - خلال هذه المرحلة لا يرغب مدمن الخمر أو المخدر في التفكير في أى شيء، يكون سبباً في إيلاسه أو عدم راحة مشاعره للتراجع . وكنتيجة لذلك يبدأ في تجنب أى شيء أو أى فرد سيجبره أن ينظر إلى نفسه بأمانة . وعندما يسأل أسئلة مباشرة تتعلق بقوة تحمله، سيتجه إلى الموقف النفاعى عن نفسه .

ومعظم الأعراض الشائعة في تلك المرحلة هي :

### ٣- إظهار التزامه بعدم التعاطي :

يقنع المدمن نفسه أنه سوف لا يتعاطى الخمر أو المخدر مرة ثانية، ويخبر بذلك الآخرين أحياناً . وفي المادة يحتفظ بذلك لنفسه، وكثير من المدمنين يخشون إخبار مرشديهم الناصحين ضد الإيمان أو أعضاء جماعة المدمنين للتائبين للمجهولين A. A. بمعتقداته تلك .

وعندما ترسخ معتقدات مدمن الخمر أو المخدر.. فإنه لن يتعاطى الخمر أو المخدر ثانية ، وتظهر الحاجة لبرنامج التعافي اليومي أقل أهمية .

### ٤- يجاهد الآخرين بدلاً من أن يجاهد نفسه :

يزيد اهتمام مدمن الخمر أو المخدر باعتداله وإتزانه أمام الآخرين، أكثر من اهتمامه بعلاجه الشخصي، وهو لا يتحدث مباشرة عن هذه الاهتمامات ولكن أحكامه الشخصية، فيما يتعلق بشرب أصدقائه أو زوجته وبرنامج التعافي للأفراد الآخرين المتعافين .

وفي جماعة المدمنين للتائبين للمجهولين A. A. يطلق على هذا «محض الآخرين على الطاعة» .

### ٥- المدافعة :

يحضر مدمن الخمر أو المخدر ليدافع عن نفسه، عندما يتكلم عن المشاكل الشخصية أو برنامج تعافيه، وحتى عندما يكون هذا الدفاع غير مطلوب .

### ٦- السلوك القهري :

يصبح مدمن الخمر أو المخدر مقهوراً (ملتصقاً أو مثبتاً أو صارماً) من هذا الاتجاه فهو يفكر ويتصرف .. ويكون تولجده من أجل أن يفعل الأشياء نفسها أكثر وأكثر ثانية دون سبب وجيه .. إنه يحضر ليراقب المحادثات كذلك ليتكلم كثيراً أو لا يتكلم على الإطلاق ، كما أنه يحضر ليعمل أكثر من حاجته ، ويصبح منفقداً على كثير من الأنشطة، وربما يظهر من أجل شكل علاجي بواسطة انطوائه الشديد في جماعة المدمنين للتائبين للمجهولين A. A. وفي تطبيق الخطوات الاثني عشر وفي المشاركة في الاجتماعات .. إنه في الغالب يقرع جماعات الإرشاد من خلال الألعاب العلاجية، التلقائية أو عدم التكلف بالاندماج مع الناس، ومع ذلك يميل إلى تجنبهم .

## ٧- السلوك المخرى :

فى بعض الأوقات، يقطع السلوك الصارم من خلال إجراء يأخذ دون تفكير أو رقابة ذاتية .. وفى العادة يحدث هذا فى الأوقات التى تزيد فيها الضغوط ، وفى بعض الأوقات تجعل هذه الإجراءات الدافعة الفرد يخلق مناقشات تدمر بجدية حياته وبرنامج علاجه .

## ٨- مبول تجاه الرحلة :

يبدأ المدمن فى قضاء معظم الوقت وحيداً ، وفى العادة يخلق أسباباً طيبة وأعداءاً من أجل أن يظل بعيداً عن الناس ، فترات وحدته هذه تبدأ فى الحدوث والزيادة، وغالباً ما يشغل الفرد بالوحدة تزداد وتزداد، وعلى الرغم من تعامله مع وحدته، فإنه يحاول أن يقابل ويلتف حول الناس .. إنه يصبح أكثر قهراً وتحريضاً .

**المرحلة الثالثة :** تغيير التركيب البنائى - خلال هذه المرحلة تبدأ ممارسات متعاقبة من المشكلات فى حياة مدمن الخمر أو المخدر . وسبب تلك المشكلات إنكاره لمشاعره للشخصية ، العزلة الذاتية ، إهمال برنامج التعافى حتى إذا ما فكر فى حل هذه المشكلات، وعمل من أجل ذلك بشدة .. فإن مشكلتين جديدتين تظهران تحلان محل كل مشكلة يكون قد تم حلها .

أغلب الأعراض المشتركة هى :

## ٩- الرؤيا الضيقة (ضيق الأفق) :

من خلال ضيق الأفق، يرى المدمن فقط جزءاً بسيطاً من الحياة ويصبح غير قادر على أن يرى الصورة المتكاملة : أن مدمن الخمر أو المخدر ينظر إلى الحياة كما لو كانت قد خلقت منفصلة وليست متصلة الأجزاء .. فطرة مسلط فقط فى اتجاه واحد مهما كانت الاتجاهات الأخرى؛ بحيث لا يمكنه أن يرى أن الحياة جميعها متصلة ومتكاملة بعضها ببعض .

يؤدى ذلك إلى ظهور بعض الأخطاء التى قد تنتهى أو تتلاشى دون مشاكل وفى أحيان أخرى تسبب أضراراً .. مشاكل صغيرة تتحول إلى كبيرة دون سبب لذلك .. وعندما يحدث ذلك .. فإن مدمن الخمر أو المخدر يصل إلى اعتقاد بأن علاجه غير مجدى، وأنه لا حول ولا قوة له لإزاء ذلك .

#### ١٠- مضغوط صغرى :

يبدأ ظهور أعراض المضغوط وتواصلها وتلهاش مشاعر الفرد... كآبة ، كسل ، مشاعر جوقاء ، الإقراط فى النوم بدرجة سيئة ، كما أنه قادر على تحويل الانتباه عنه لهذه التصرفات بانشغاله بأشياء أخرى، وعدم تحدته عما يعانیه من مضغوط .

#### ١١- فقدان التخطيط البنائى :

تتوقف خطط مدمن المخدر أو الخمر يوماً عن بناء مستقبله مع ارتكابه أخطاء فى تطبيق شعارات جماعة المدمن للجهول، فـ لكل يوم بيومه، تعنى أن الفرد غير قادر على أن يخطط أو يفكر فيما يمكن أن يواصل فعله ، ومع تناقص الاهتمام المستمر يحتاج إلى تفصيلات لكل شيء ، فيصبح كسولاً يعتمد فى تخطيطه على التخطيط الرغوى (كيف يرغب الفرد فى أن تكون الأشياء كما يحب) أكثر من الواقع (ليس كما هى فى الحقيقة) .

#### ١٢- بدأ انهيار خططه :

لأنه وضع خططه على غير أساس من الواقع وأيضاً لم يعط أى اهتمام للتفاصيل .. فإن خططه قد بدأت فى التداعى ومع كل انهيار تحدث له مشكلات جديدة فى حياته ، بعض هذه المشكلات تتماثل مع ، التى حدثت له خلال تعامله المخدر أو شرب الخمر، وغالباً ما يشير بالندم والذنب عندما تحدث هذه المشكلات .

**المرحلة الرابعة :** التجميد - خلال هذه المرحلة يكون مدمن الخمر أو المخدر غير قادر كلياً على بدء أى عمل أنه موجه من خلال حركة الحياة، وأن الحياة تقوده بدلاً من أن يقردها هو ، وأغلب الأعراض المشتركة هى :

#### ١٣- أحلام اليقظة والتفكير الرغوى :

تصبح أكثر صعبية وتركيزاً ، فلقوؤه إلى "إذا ما كنت أستطيع، The "if only" للمتعلقة فى الشعور السلبي بعدم القدرة على اتخاذ إجراء هذا المرض، يصبح أكثر شيوعاً فى محادثاته .

#### ١٤- شعوره بعدم قدرته على حل مشاكله :

يبدأ إحساسه بالفشل يظهر . ربما يكون الفشل حقيقياً أو ربما يكون متصوراً... أو فشلاً صغيراً مبالغاً فيه ثم يلهث أكثر مما يتنبئ .. تصديقاً لذلك يردد "حاولت أفضل مالى واتزانى، لم يفعل لى شيئاً، يبدأ فى التوسع .



#### ١٥- الرغبة القاصرة تجعلنى سعيداً :

الرغبة القاصرة «تجلى سعيّاً أو أشياء تساعد، للتوسع دون أن يتعرف ما هو ضرورى لجعله سعيداً أو لمساعدته على السعادة، «الأشياء السحرية» من أجل : رغبته فى أشياء تصنع فى وضع أفضل، دون أن يفعل أى شىء لأن يجعل نفسه أفضل .

المرحلة الخامسة : فوضى ورد فعل مفرط - خلال هذه المرحلة .. مدمن المخدر أو الخمر لا يمكنه أن يفكر تفكيراً واضحاً .. إنه يصبح مزعجاً على نفسه وعلى الآخرين وأيضاً سريع الانفعال، ويتخذ رد فعل مبالغاً فيه لأشياء بسيطة .

ومعظم الأعراض المشتركة هي :

#### ١٦- فترات فوضى :

فترات فوضى .. يتكرر حدوثها وتزايدها وأخيراً تطول مدتها، وتحدث أغلب المشاكل .. يشعر مدمن الخمر أو المخدر فى الغالب بالغضب مع نفسه؛ لأنه غير قادر على أن يبعد عنه هذه الأشياء .

#### ١٧- الانفعال مع الأصدقاء :

تتوتر علاقاته مع أصدقائه ، أسرته ، مرشديه الناصحين ضد الإدمان، ومع أعضاء جماعة «المدمنين المجهولين A. A.،

يشعر مدمن الخمر أو المخدر بالتهديد، عندما يبدأ هؤلاء الناس فى التحدث حول التغييرات التى استجدت فى سلوكه، ولتى أصبحت واضحة وتستمر الصراعات فى الزيادة، على الرغم من أن مدمن الخمر أو المخدر يحاول حلها، ويبدأ يشعر بالذنب وتأنيب الضمير فيما يتعلق بدوره فى خلق هذه الصراعات .

#### ١٨- سرعة الغضب :

أحداث مدمن الخمر أو المخدر متعاقبة .. للغضب، الإحباط، الاستياء، سرعة الانفعال بدون مبرر حقيقى .. رد الفعل الزائد ضد الأحداث البسيطة يتكرر .. وتزداد الضغوط والقلق؛ لأن الخوف من رد الفعل الزائد قد يودى إلى العنف .. وتزيد جهود ضبط النفس من الضغوط والتوتر .

المرحلة السادسة : الاكتئاب - خلال هذه الفترة يصبح مدمن الخمر أو المخدر مكتئباً؛ لأن لديه مصاعب فى أن يحتفظ بوضعه العادى ، فى

هذه الأوقات قد يفكر فى الانتحار ، تعاطيه الخمر أو المخدر تكون بمثابة الاتجاه للقضاء على حالة الاكتئاب التى تنتابه ، الاكتئاب صعب ومتواصل ، وليس من السهولة إهماله أو إخفائه عن الآخرين .

أغلب الأعراض المشتركة هى :

١٩- عدم انتظام مواعيد تناول الوجبات :

يبدأ مدمن الخمر أو المخدر تناول وجبات أقل أو أزيد .. ويبدأ وزنه فى الزيادة أو النقصان .. كما أنه يتوقف عن تناول الوجبات فى أوقات منتظمة ، ويصبح غذائه الأغذية غير المغذية ، ويتبدل انزاقه .

٢٠- قسور الهمة والعزيمة :

خلال هذه الفترات عندما يكون مدمن الخمر أو المخدر غير قادر على إمساك زمام المبادرة أو فعل أى شىء خلال هذه الأوقات ، يكون غير قادر على تركيز مشاعره .. قلقه .. انزعاجه ، وللمصاعب ، وغالباً ما يشعر أنه محصوراً دون أى مخرج .

٢١- عدم انتظام عادات النوم :

يجد المدمن صعوبة فى الحصول على النوم ، ويكون نومه متقطعاً غير مريح ويتميز نومه بالكوابيس للناجمة عن التعب والإرهاق ، وقد ينام أحياناً من ١٢ إلى ٢٠ ساعة فى وقت واحد .. هذه المنومات «الماراتونية» قد تحدث غالباً فى مدد تتراوح من ٦ إلى ١٥ يوماً .

٢٢- فقدان التركيز اليومى :

يصبح نظام المدمن اليومى دون ضابط ، حيث يتوقف عن الاستيقاظ أو التوجه للنوم فى الأوقات المنتظمة . وفى بعض الأوقات يكون غير قادر على النوم ، وذلك ناتج من نومه الزائد فى بعض الأوقات .. كما يرتبك نظام تناول الوجبات فى مواعيده . ويصبح الاحتفاظ بمواعيده أكثر صعوبة ، ولا يمكنه للتخطيط للمناسبات الاجتماعية .

٢٣- فترات اكتئاب عميق :

غالباً ما تكون مشاعر مدمن الخمر أو المخدر أكثر اكتئاباً .. يصبح الاكتئاب خطيراً ومنته تطول فى النهاية .. ويفعكس على حياته بصورة سيئة ، ويلاحظ

الآخرون ذلك ويصعب إنكاره .. الاكتئاب يكون صعب جداً خلال فترات وأوقات التخطيط والتداعى .. الإعياء .. الغضب .. الوحدة .. كل ذلك يؤدى إلى أضرار الاكتئاب .. إن المدمن يتفصل عن الآخرين .. يصبح نزقاً سريع الغضب وفى تشاحن مع الآخرين، ويشكو بصفة مستمرة أن لا أحد يهتم به أو يفهم لماذا هو فى هذه الحالة.

**المرحلة السابعة :** فقدان السلوك الرقابى .. خلال هذه المرحلة يصبح المدمن غير قادر على أن ينظم أو يضبط سلوكه الشخصى وبرنامج عمله اليومى .. إنه لا يزال لديه إنكار شديد، وتصبح حياته مشوشة، ويحدث كثير من المشاكل فى كافة أجزاء حياته .

ومعظم الأعراض تحدث المشتركة هي :

٢٤- عدم الانظام فى حضور الاجتماعات العلاجية اليومية لجماعات «المدمنين الثائبين المجهولين A. A.» :

يبدأ مدمن للخمر أو المخدر فى التوقف عن الحضور المنتظم فى اجتماعات «المدمنين الثائبين المجهولين A. A.»، ويبدأ فى أن يخطئ فى جدول مواعيد المرشدين الناصحين ضد الإدمان والعلاج ، ويجد لنفسه الأعذار المسوغة والمبررة لذلك ولا يستطيع أن يميز أهمية اجتماعات المدمنين الثائبين المجهولين A. A. .

كما تبين أن اتجاهاته تظهر بحيث يردد قوله «إن جماعات المدمنين الثائبين المجهولين A. A. والمرشدين الناصحين ضد الإدمان لا تجعلنى أشعر بحسن .. لذلك لما يجب على أن أمنحها الأهمية الأولى ؟ الأشياء الأخرى أكثر أهمية .

٢٥- تزايد الإحساس بعدم الاهتمام، يقول «أنا لا يهمنى» .

يحاول مدمن للخمر أو المخدر أن يظهر أنه غير مهتم بمشاكله المستمرة المتواصلة ؛ لإخفاء مشاعر العجز وتزايد النقص فى احترام الذات والثقة بالنفس .

٢٦- رفض تام لأى مساعدة :

الفرد يقضى على نفسه بعدم اتصاله بالناس الذين يمكنهم مساعدته .. وهو يفعل ذلك خلال نوبات غضبه ليصرف انتباه الناس عنه، من خلال توجيه النقد إليهم ووضعهم فى مستوى أدنى، أو من خلال الانسحاب بهدوء من الأماكن التى تجمعهم بالآخرين .

## ٢٧- عدم القناعة أو الرضا بالحياة .

تبدو الأشياء سيئة في نظر مدمن الخمر أو المخدر، ويبدأ يفكر فى أن تعاطيه الخمر أو المخدر قد يكون أفضل؛ بحجة أن هذه الأشياء لن تصيبه بأى ضرر .  
وتبدو مظاهر الحياة صعبة فى نظره، منذ توقفه عن تعاطى الخمر أو المخدر .

## ٢٨- الشعور بالمجزع وضعف الإرادة .

تظهر المصاعب لمنمن الخمر أو المخدر عند المبادرة، .. وتبدو لديه أشياء مزعجة ظاهرة وكتيبة وأشياء ذهنية .. ولا تستطيع مشاعره أن تفعل شيئاً إزاءها، ثم أنه يبدأ فى الاعتقاد أنه لا مخرج من ذلك كله .

**المرحلة الثامنة :** فقدان الانضباط والإدراك - ينهار إنكار مدمن الخمر أو المخدر .. وفجأة يدرك كيف كانت المشاكل قاسية .. وكيف أن حياته قد أصبحت قاسية .. وكيف أنه بقدر ضئيل من الإرادة والانضباط كان يمكنه حل أياً من هذه المشاكل . هذا الرعى بالآلام المفرطة والمرعبة . من هذا الوقت يصبح منزلاً حيث لا يمد أحد لمساعدته .

وأغلب الأعراض المشتركة هى :

## ٢٩- الأسف على النفس :

يبدأ مدمن الخمر أو المخدر يشعر بالأسف تجاه نفسه، وغالباً ما يلجأ إلى الإشفاق على نفسه ليستدر انتباه جماعة الممنين النابيين للمجهولين A. A.، أو أعضاء أسرته .

## ٣٠- التفكير فى الشرب المعتدل :

يتحقق مدمن الخمر من أن للشرب أو للتعاطى للمخدر قد يساعده؛ لأنه يشعر بتحسن، وأن يبدأ معاونة نفسه عن طريق الشرب المعتدل مرة ثانية؛ وأنه يمكن أن يسيطر على ذلك ... أحياناً هذه الأفكار تكون قوية، ولا يمكن وقفها أو طردها من عقله .. ويوحى له هذا الشعور بأن عدم تعاطى الخمر أو المخدر سيجمعه مجنوناً أو أن يستسلم للانتحار .

من هنا يظهر له أن تعاطى الخمر أو المخدر، مثله كمثل التصرف الحسن والبديل المعقول .

### ٣١- الكذب مع سبق الإصرار :

يبدأ مدمن الخمر أو المخدر يميز الكذب والإنكار والأعذار، ولكنه يكون غير قادر على إيقاف ذلك .

### ٣٢- فقدان تام للثقة بالنفس :

مدمن الخمر أو المخدر مفرط في حبس مشاعره وإخفاؤها، من خلال عدم القدرة على التفكير الواضح أو اتخاذ إجراء .. مرجع هذا الاعتقاد شعوره بأنه غير مهم وغير كفؤ ، ونتيجة لذلك يتكون لديه يقين بأن حياته صعبة وقاسية .

**المرحلة التاسعة :** تتوقف مشاعر مدمن الخمر أو المخدر خلال هذه المرحلة بسبب الألم وعدم القدرة على توجيه حياته .. وتبدو ملامح لانتجابهات ثلاثة : اليبعد عن الحماسة .. الانتحار .. أو تعاطى المخدر أو الخمر .. إنه لن يستمر على هذا الاعتقاد طويلاً، فإن أى فرد .. أى شيء يمكن أن يساعده ..

وأغلب الأعراض المشتركة هي :

### ٣٣- العجز دون سبب :

يشعر مدمن الخمر أو المخدر بالغضب بسبب عدم قدرته على أن يسلك الاتجاه الذى يرغب فيه ، وأحياناً يكون الغضب على العالم بصفة عامة .. وأحياناً جزئياً على شخص ما .. وأحياناً على نفسه .

### ٣٤- وقف جميع وسائل العلاج وعدم حضور اجتماعات المدمنين المجهولين :

يتوقف مدمن الخمر أو المخدر عن حضور جميع اجتماعات المدمنين المجهولين، ويمتنع أيضاً عن أخذ مواعيد التعاطى التى كان يأخذها أو ينسى أخذها بانتظام .. عندما يعاونه شخص فى جزء من العلاج يظهر توتره وصراعه .. الأمر الذى ينتهى به فى الغالب إلى إنهاء هذه العلاقة .. ويكف هذا الشخص عن مزاوله الإرشاد النفسى ، يولو فكر فى المساعدة .. فإنه يدعى علمه بها .

### ٣٥- تسيطر عليه مشاعر الوحدة والإحباط والغضب والتوتر :

مشاعر مدمن الخمر أو المخدر مخففة تماماً .. إنه يعتقد أنه لا سبيل للخروج إلا بالتعاطى أو شرب الخمر .. أو الانتحار أو الخبل والجنون .. هذه هي مشاعره .. خوف شديد من الجنون ومشاعر عجز ويأس .

**المرحلة العاشرة :** حدة تعاقب الانتكاسة .. خلال هذه المرحلة يصبح مدمن الخمر أو المخدر غير قادر كلياً على العمل بصفة عادية .. إنه ربما يتعاطى الخمر أو المخدر، أو ربما يصبح غير قادر، مع وجود اشتراطات تجعل من المستحيل قيامه بعمله .

وأغلب هذه الأعراض المشتركة هي :

٣٦- فقدان السلوك المنضبط :

تزداد تجارب المدمن صعوبة في للسيطرة على أفكاره . تخيلاته . أحكامه وسلوكياته .. هذا التفاقم وعدم المقدرة يفقده السيطرة، ويكون بداية سببية لمشاكل جادة في كافة جوانب حياته .. وتبدأ الآثار الصحية وقوة كينونته، إنه لا أمر أصعب من محاولته لاسترداد السيطرة، وإنه لمن المستحيل أن يصل إلى ذلك .

٣٧- حدة تعاقب الانتكاسة :

الفرات الزمنية لتجارب مدمن الخمر أو المخدرات عندما يكون غير قادر كلية على العمل العادى .. هذه الفترات تصبح أكثر تكراراً وتزداد طولاً في النهاية، ويبدأ ظهور كثير من المشاكل الجادة في حياته، وتنتهى دورة الانتكاسة بتضاربها، يجعل للفرد غير قادر تماماً على العمل لفترة ما من الوقت بسبب واحد أو أكثر من المشاكل التالية :

أ - تخلخل في كافة جوانب حياته : قد يصبح مدمن الخمر أو المخدرات غير قادر أن يساهم في مجال العمل ، المجتمع ، الأسرة وكل ما يتعلق بكافة جوانب حياته .. كنتيجة لذلك تعاني كافة جوانب حياته من جراء هذا الإهمال .

ب- تعاطى الخمر أو المخدر : قد يبدأ مدمن الخمر أو المخدر في تعاطى الخمر أو المخدرات تحت مفهوم الهروب من الألم أو التشتت .. قد يكون ذلك هروباً ليمسك على تعاطيه بواسطة تحديد المبلغ أو الهروب لفترة قصيرة واحدة مرحلة، قدرته على السيطرة على التعاطى تنتهى في الحال ، وهذه الأوقات تحدث بسرعة جداً .. أحياناً تحدث عقب فترة للشرب أو للتعاطى .. يعود مدمن الخمر أو الكحول يعود إلى عدم السيطرة على تعاطيه للخمر أو المخدر ..

ج- الإنهيار العاطفى : قد يصبح مدمن الخمر أو المخدر غير قادر عاطفياً على العمل ، قد يفرط في رد الفعل زو يصبح مخدر عاطفياً أو يصبح أو يطير من الغضب بدون سبب مبرر كلياً .

د - **الإنهاك الجسدى** : قد يصبح من المستحيل على مدمن الخمر أو المخدر أن يستمر فى القيام بعمله ، بسبب الإنهاك الجسدى .

هـ - **الضعف المتصلة بالأمراض** : قد يصاب مدمن للمخدر أو الخمر بأمراض عضوية ، بسبب الضغوط الصعبة التى قد تحدث له نتيجة لطول الوقت .

و - **الأمراض النفسية** : قد تظهر على مدمن الخمر أو المخدرات الأمراض النفسية العويصة ، مثل مرض الذهان ، والذي قد يكون قاسياً ومقاوماً لعلاج المدمن .

ز - **الإنحيار** : قد يلجأ المدمن إلى الانحيار كمحاولة للهروب ، أو قد ينتحر فعلاً .

ح - **الجنوح لارتكاب الحوادث** : قد يصبح مدمن الخمر أو المخدر غير مهتم وغير قادر على أخذ الحماية العادية لحياته .. ونتيجة لتتابع هذه الحوادث ، قد تأخذ هذه الحوادث شكلاً معيناً ، مثل: حوادث السيارات، السقوط ، الولادة ... إلخ، غالباً ما تهدد هذه الحوادث للحياة أو تحدث أضراراً بالغة .

ط - **لهيئ الكيان الاجتماعى** : قد يكون مدمن الخمر أو الكحول غير قادر على الانخراط فى أنشطة حياته العادية ، وقد يصبح غير قادر اجتماعياً على العمل .

### التمرين التاسع عشر:

#### استمارة استطلاع رأى المرضى حول المحاضرات التعليمية ضمن البرنامج اليومي

أخي المريض :

إن الهدف من هذه الاستمارة الوقوف على رأيك الحقيقي حول موضوعات ومراعييد ودرجة استفادتك من المحاضرات التعليمية التي تشارك فيها ومعرفة مقترحاتك الإيجابية؛ لنتمكن من تطويرها بما يعود بالنفع والمصلحة ، آمليين تعاونك في الإجابة عنها بكل دقة وصراحة وشكراً .

١- هل يناسبك موعد المحاضرات اليومية حالياً ؟ نعم ( ) لا ( )

٢- إذا كانت الإجابة بلا : أى الأوقات ترى أنها تناسبك أكثر .

أ- .....  
ب- ..... -

٣- لتحسين درجة استفادتك من هذه المحاضرات ، ماذا تقترح (اشر بعلامة (√) أمام ما يناسبك) .

أ- تغيير مواقيدها ( ) ب- تنويع موضوعاتها ( )

ج- إضافة موضوعات جديدة ( )

٤- حدد مستوى الاستفادة الحقيقية من المحاضرات التي تحضرها (اشر بعلامة (√) أمام ما يناسبك) .

- أستفيد بدرجة محدودة ( ) - أستفيد بدرجة متوسطة ( )

- أستفيد بدرجة ممتازة ( ) - لا أستفيد ( )

٥- قائمة الموضوعات أعلاه ، سبق وأن شاركت فيها خلال تواجدك بالقسم ، ضع درجة من ١ إلى ١٠ حسب درجة استفادتك كما تشعر أمام كل منها :



## \* - المشاكل الأسرية والاجتماعية الناتجة عن الإدمان

- كيف تتعامل مع الغضب
- شرح البرنامج العلاجي بالمستشفى
- الأمراض المعدية الناتجة عن الإدمان .
- الإنكار
- المضاعفات الصحية (المضرة) للإدمان
- الاثنتي عشرة خطوة
- أهمية ودور جماعات المساندة الذاتية
- دور الأسرة في دعم التعافي
- فوائد التمارين الرياضية للتعافي
- كيف تتعامل مع الضغوط النفسية خلال التعافي
- كيف تتعامل مع الضغوط الاجتماعية خلال التعافي
- أهمية العلاج بالإبر الصينية وللوروتون
- أهمية العلاج بالإرجاع للحوي
- أهمية العلاج بالعمل
- أساليب التنشئة الاجتماعية وعلاقتها بالإدمان
- الإدمان والإيدز
- كيف تتعامل مع المشاعر المؤلمة خلال التعافي
- كيف تتعامل مع الخجل والقلق
- مفهوم الإدمان كمرض
- العلامات المسندة للانتكاسة وطرق تجنبها
- كيف تتعامل مع المجتمع بعد الخروج من المستشفى
- كيف تنمي ثقة الأسرة بك خلال التعافي
- كيف تتعامل مع تغير الأدوار داخل الأسرة بعد الخروج

\* هذه الموضوعات تصلح في أمرين :

الأول : محاضرات تثقيفية لزيادة الوعي والاستبصار لدى مريض الإدمان .

الثاني : تصلح كموضوعات يمكن أن تطرح في جلسات العلاج النفسي الجمعي .

٦- هل لديك موضوعات أخرى ترى إضافتها لموضوعات المحاضرات، خلال الفترة المقبلة ، اكتبها من فضلك :

-----

-----

-----

-----

## **(٢) مراجع الجزء الثانى**

**أولاً : المراجع العربية**

**ثانياً : المراجع الأجنبية**



## المراجع

### أولاً : المراجع العربية :

- ١- أحمد عكاشة (١٩٩٤) . الوقاية من الدرجتين الثانية والثالثة ، القاهرة ، الندوة القومية لمكافحة وعلاج الإدمان (٢٩ - ٣٠ أكتوبر) ، القاهرة ، منشورات المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية ص ص : ٢٤٣ - ٢٤٩ .
- ٢- آرثر . ي . جونجسما ، له مارك بيترسون (١٩٩٧) . خطة العلاج النفسي (ترجمة) عادل دمرداش ، مراجعة : لطفى فطيم ، القاهرة ، الأنجلو المصرية .
- ٣- إسماعيل عبد الحميد سعيد ، يحيى تركى الخزرج (١٩٩٨) . عوامل الانتكاسة عبر مراحل العلاج والاستشفاء : دراسة ميدانية لطالبي العلاج من إدمان الهيروين بمستشفى أمل جدة ، مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية ، القاهرة ، العدد التاسع ، ص ص : ٧٩ - ١١٢ .
- ٤- المدمنون المجهولون (ب . ت) الطريق للعلاج من الإدمان ، (ترجمة) شريف فهم ، ناصر لوزا ، القاهرة ، مستشفى بهمان ، حلوان .
- ٥- جبيل روزيليني ، ومارك ويردن (١٩٩٦) . القلق والتعافى من الإدمان ، (ترجمة) عادل دمرداش ، مطبوعات مستشفى أمل الدمام ، السعودية .
- ٦- خالد عبد المحسن بدر (١٩٩٤) . العلاقة بين تعاطى المواد النفسية والاضطراب النفسى ، الندوة القومية للمدخدرات وعلاج الإدمان ، القاهرة ، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية ص ص : ٣٣١٩ - ٣٣١ .
- ٧- سعود بن ضحيان ، نايف المطيرى (٢٠٠٠) . مدى توافق المريض (المؤمن) لحالته مع تقييم الفريق المعالج وارتباط ذلك بقيم

المريض الدينية ، مجلة كلية الآداب ، جامعة حلوان ،  
العدد الثامن (يوليو) من ص : ٢٤٥ - ٢٨٠ .

٨- عبدالله الجوى (١٩٩٩) . أثر برنامج التدريب على التعامل مع القلق  
فى تخفيف القلق لدى عينة من معتمدى  
الهيروين ، جامعة الملك فيصل ، السعودية ، سلسلة مشروع  
وزارة التطعيم العالى للعدد (٢٨٥) .

٩- على مفتاح (٢٠٠٣) . فعالية برنامج معرفى سلوكى على بعض  
المتغيرات المرتبطة بالإدمان ، مجلد المنهج العلمى  
والسلوك ، طنطا ، العدد الثانى ، الجزء الثانى (يناير) ، من  
ص : ٥٧٩ - ٦٣٣ .

١٠- على مفتاح (١٩٩٥) اضطرابات الشخصية والإدمان ، دراسة  
إكلينيكية ، المنيا ، مجلة الآداب والطب الإنسانية ، يناير ،  
من ص ١ - ١٦ .

١١- لطفى فطيم (١٩٩٤) . العلاج النفسى الجمعى ، القاهرة ، الأنجلو المصرية .  
١٢- ماجدة حسين محمود (١٩٩١) . سيكولوجية المجرم العائد - دراسة  
نفسية اجتماعية ، ماجستير غير منشور ، كلية البنات ،  
جامعة عين شمس .

١٣- محمد حسن غانم (٢٠٠٢) . دراسة نفسية متعمقة لحالة إدمان متعدد ،  
مجلة علم النفس ، العدد (٦٤) المنة (١٦) الهيئة المصرية  
العامة للكتاب ، من ص : ٤٠ - ٦٣ .

١٤- محمد حسن غانم (٢٠٠١) . برنامج علاجى نفسى لمدمن وعانى من  
اضطرابات جنسية وانخفاض مستوى توكيد الذات ،  
أسيوط ، مجلة كلية الآداب ، جامعة أسيوط ، العدد ٢٧ يوليو ،  
من ص ٢٧٨ - ٣٠٦ .

١٥- محمد حسن غانم (٢٠٠٠) . الدافعية للعلاج لدى المدمنين - دراسة  
نفسية مقارنة ، القاهرة ، المجلة النفسية للدراسات النفسية ،  
العدد (٢٥) ، مجلد ١٠ ، يناير ، من ص : ٣١ - ٤٦ .

١٦- مدحت أبو زيد (١٩٩٨) . الفروق بين ذوى العلاج الداخلى والعلاج

الخارجى من معمدى الهيروين فى بعض المشكلات

المتعلقة بالعلاج النفسى الجماعى ، مجلة الإرشاد

للنفسى ، جامعة عين شمس، العدد الثامن ، لسنة السادسة ،

ص ص : ٢٠٩ - ٢٩٣ .

١٧- مدحت أبو زيد (٢٠٠٢) . الجامعات العلاجية بالمساعدة الذاتية : دراسة

أمبيريقية فى كتاب : العلاج النفسى وتطبيقات

الجماعية ، الجزء الثالث ، الإسكندرية ، دار للمعرفة

الجامعية ، ص ص : ٤٩٩ - ٥٧٨ .

## ثانيا : المراجع الأجنبية :

- (18) American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington. D C, *American Psychiatric Association*, W. S. A.
- (19) Apsler, R. (1999). The Drug Abuse treatment Effective ? What we know, what we Don't, what this means for the nations Drug strategy, *American Enterprise*, Vol. (5), No. (2), pp. 46 - 53 .
- (20) Al - Najar, M. & Klark, D. (1996). Self esteem and trait anxiety in relation to drug misuse k..wait. *Substance Use and Misuse*, Vol. (31), No. (7), pp. 937 - 934 .
- (21) Barnea, Z., Rahar. G. & Teichmass. M. (1992) Alcohol consumption among sraeli youth - 1989 : Epidemiology and demographics. *British Journal of Addiction*. Vol. (87), No. (2) pp . 295 - 302 .
- (22) Fishbein, M. & Ajzen, I (1975) *Belief, Attitude, intention and behavior*. An introduction to theory and research. Reading Mass: Addison - Wesley .
- (23) Hawkins, J. & Catalano, R. & Miller, J. (1992) Risk and Protective Factors For Alcohol and other Drug Proplems in Adolescnce and Adulthood: implication for substance Abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 122 (1). pp. 64 - 105 .
- (24) Oleary, T., Rohsenow. D., Martin, R. (2000) the relationship between anxiety levels and outcome of cocaine Abuse treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*., Vol. (26), No. (2), pp. 179 - 194.



- (24) Shahandeh, Behrow (1985) *Rehabilitation approaches to Drug and Alcohol Dependence, Geneva international Labour Office.*
- (26) WHO, (1992). the ICD - 10, *Classification of Mental and Behavioral Disorders*, clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, Geneva.

### المؤلف فى سطور

- د. محمد حسن غانم .
- معالج نفسى وأستاذ علم النفس المساعد (حاليا) .
- جامعة حلوان - كلية الآداب .
- عضو فى عديد من الجمعيات النفسية .
- عضو اتحاد الكتاب .
- عضو نادى القصة .
- له عديد من الكتب الاكاديمية، مثل :
  - \* علم النفس الإكلينيكي : الجزء الأول والجزء الثانى .
  - \* اتجاهات حديثة فى العلاج النفسى .
  - \* العلاج النفسى الجمعى .
  - \* الإدمان : أضراره .. نظريات تفسيره .
  - \* سيكولوجية الملابس .
  - \* سيكولوجية التلقى .
  - \* علم النفس الجنائى .
  - \* قراءة نفسية لملمحة الحرافيش لتجيب محفوظ .
- له عديد من الأبحاث النفسية مثل :
  - \* رؤية عينة من المثقفين المصريين لظاهرة العنف .
  - \* القدوة والمثل الأعلى لدى طلاب الجامعة .
  - \* القدوة والمثل الأعلى لدى طلاب الثانوى .
  - \* الزواج العرفى (رؤية سيكولوجية) .
  - \* المدمنون وقضايا الإدمان .
  - \* دوافع التردد للعلاج من الإدمان .
  - \* مفهوم الذات لدى أطفال الشوارع، وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية .
  - \* وعديد من الدراسات التى تناولت شريحة المسنين وغيرها من الدراسات .



## العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمسلمين

### هذا الكتاب

لا جدال في أن الثروة البشرية غدت مضمار السباق بين الأمم .. إذ إنها تمثل ذلك المورد المتجدد الذي لا ينضب معينه في إخراج طموحات وآمال أية دولة إلى حيز الوجود .. هذا ما يمثل نقطة انطلاق هذا الكتاب الذي يضم ستة فصول ، تنطلق من مسلمة أن المدمن ، هو قوة بشرية يستحسن إعادة تأهيلها وعلاجها لتعود قوة اجتماعية مؤثرة في المسار الطبيعي الصحيح لإنجازات أمة ما ..

يأتى الكتاب - ضمن مؤلفات قليلة للغاية - تركيز على ضرورة العلاج والتأهيل ، مفسرة أبعاد تلك الضرورة في تناول واقع المدمن ، ثم تحليل مدخل العلاج والتأهيل وتناول بعض الاجتهادات المختلفة لأنماط ذلك التأهيل وما تثيره من قضايا واستشكالات تتصل بمضمون كل عنصر من عناصر الموقف العلاجي .. ثم يتناول الأشكال المختلفة للعلاجات النفسية للإدمان ومفاهيم التأهيل النفسي والاجتماعي ، مستعرضاً تجارب الأمم من خلال دراسات ميدانية ، مستخلصاً منها السبيل الأمثل لهذا العلاج والتأهيل ..

الكتاب بلا شك يتناول حدثاً من الأحداث الاجتماعية الساخنة ، التي لا تحتاج في مواجهتها إلى موارد أو ثقافة .. بل تحتاج إلى المصارحة والمكاشفة وحشد ما يلزم من جهود لإعادة ثروة بشـ  
ضلت سبيلها ، إلى جادة الطريق ....

الذي

Bibliotheca Alexandrina



0636521



مكتبة الأنجلو المصرية

THE ANGLO-EGYPTIAN BOOKSHOP

The World of Words & Thoughts

